UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 13

Problèmes Sanitaires et Sous-Développement à la Martinique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1962

PAR

André D. FORTAS

MEMBRES DU JURY

MM. ANDRIEU, *Président*
LAZORTHES, MONNIER, LAPORTE — *Assesseurs*
RUFFIÉ, *Suppléant.*

IMPRIMERIE F. BOISSEAU
34, rue du Taur — TOULOUSE
1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0036

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 13

Problèmes Sanitaires et Sous-Développement à la Martinique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1962

PAR

André D. FORTAS

MEMBRES DU JURY

MM. ANDRIEU, *Président*
LAZORTHES, MONNIER, LAPORTE — *Assesseurs*
RUFFIÉ, *Suppléant.*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

IMPRIMERIE F. BOISSEAU
34, rue du Taur — TOULOUSE
1962

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : M. LAZORTHES. — 1er *Assesseur* : M. BLANC. — 2e *Assesseur* : M. CADENAT E.
Doyens honoraires : MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.
Professeurs honoraires : MM. RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE.

Section Médecine

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	MÉRIEL	Accouchement et obstétricie sociale	MM.	PONTONNIER
Clinique médicale		GADRAT	Anatomie		LAZORTHES
Clinique chirurgicale et gynécologie		FABRE P.	Anatomie appliquée		POULHÈS
Clinique chirurgicale et du cancer		GRIMOUD	Anatomie pathologique		FABRE J.
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie		VIRENQUE	Bactériologie, hygiène et médecine sociale		ANDRIEU
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BAZEX	Chimie biologique		VALDIGUIE
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne		MOREL	Electro-radiologie		MARQUES
Clinique des maladies des voies urinaires		LHEZ	Embryologie générale		BROUSSY J.
Clinique médicale et puériculture		SOREL	Histologie		BIMES
Clinique neurologique et psychiatrique		N...	Hydrologie thérapeutique et climatologie		DARNAUD
Clinique obstétricale		GUILHEM	Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES
Clinique odonto-stomatologique		CADENAT E.	Médecine sociale		BOUNHOURE
Clinique ophtalmologique		CALMETTES	Parasitologie		BOUISSET
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale		CALVET	Pathologie chirurgicale		DAMBRIN
Clinique traumatologique des membres		RIEUNAU	Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
			Physico-chimie		AUVERGNAT
			Physiologie		N...
			Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET
			Physique biologique et médicale		BUGNARD
			Propédeutique médicale		GÉRAUD
			Thérapeutique		DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M.	COULOUMA	Pathologie médicale	M.	LAPORTE
			Bactériologie	Mme	ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	LAPORTE Y.	Physique médicale	M.	BRU
Biochimie médicale		DOUSTE-BLAZY			

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	BASTIDE	Parasitologie	MM.	RUFFIE J.
Anatomie pathologique		BOUISSOU	Pathologie expérimentale		GLEIZES
Anesthésiologie		LARENG	Physiologie		MONTASTRUC
Carcinologie		ESTRADE	Physiologie		BESSOU
Histologie et embryologie		PLANEL	Physique médicale		COMMANAY

AGRÉGÉS

Médecine générale	MM.	MONNIER	Dermatologie et syphiligraphie	MM.	DUPRÉ
		RIBAUT	Hydrologie		DENARD
		DELAUDE	Médecine légale		GREZES-RUEFF
		CALAZEL	Obstétrique		ESPAGNO
		RASCOL	Odontostomatologie		CADENAT H.
Chirurgie générale		ENJALBERT	Pédiatrie		BARDIER
		FICAT	Rhumatologie		RUFFIÉ R.
		PASQUIÉ			
		SOUQUET			
		SARRAZIN			

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie	MM.	THOMAS	O.R.L.	MM.	CLAUX
Ophtalmologie		DEODATTI	Pathologie chirurgicale		DIEULAFÉ

Section Pharmacie

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU	Matière médicale	MM.	VINCENT
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM.	BOURBON	Pharmacie chimique et pharmacodynamie		CAUJOLLE
Chimie pharmaceutique		BLANC	Pharmacie galénique		STANISLAS
			Zoologie		ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie ..... M. COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles ..... Mme CAUJOLLE

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Microbiologie	MM.	BREUILLAUD	Toxicologie	M.	BROUSSY G.
Sciences Physiques		PITET			

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M.	ROCHE	Secrétaire	M.	BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MA MÈRE

Elle fut tout pour nous ; son courage, son esprit de tolérance restent des témoignages d'une vie de dévouement, et d'amour. En ce dixième anniversaire de sa mort, nous souhaitons honorer sa mémoire et lui prouver par delà le temps notre attachement à son enseignement et à son exemple.

A MON TUTEUR

Il fut un père, un compagnon des années difficiles ; l'exemple d'une vie de courage et de ténacité, il nous l'a donné jusqu'à son dernier souffle. Puissent ses enfants trouver ici toute notre reconnaissance et notre affection.

A MON FRÈRE JEAN

A MA FEMME ET MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A MON PAYS, LA MARTINIQUE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Il a bien voulu nous honorer en s'intéressant à nos travaux, et en nous conseillant utilement. Sa grande expérience de la médecine sociale, des problèmes du développement sanitaire, il nous a généreusement permis de la mettre à contribution à l'occasion de nos recherches.

Il nous fait le grand honneur de présider notre jury de thèse. Qu'il nous permette de lui manifester notre reconnaissance et de lui exprimer l'hommage de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAZORTHES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Depuis qu'il nous a reçu dans son service, et a bien voulu nous compter parmi ses élèves, il nous a toujours manifesté la plus grande bienveillance, et nous a fait profiter de sa grande expérience humaine.

Sa conception généreuse de notre profession, l'universalité de ses connaissances restent des souvenirs impérissables de son riche enseignement.

Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à nos travaux et de siéger à notre jury de thèse. Nous sommes très heureux de pouvoir lui manifester notre profonde gratitude, et lui exprimer notre respectueux hommage.

AVANT-PROPOS

Cet ouvrage est l'aboutissement des connaissances acquises au contact quotidien de nos Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux d'une part, de l'Institut d'Etudes Internationales et des Pays en Voie de Développement d'autre part, enfin, des enquêtes menées à la Martinique en 1959 et 1960.

C'est tout d'abord, à notre Maître, le Professeur Jacques LAPORTE Professeur à la Faculté, que nos remerciements s'adressent. Dès nos premières années d'étude, il nous a apporté l'exemple de sa droiture et de son esprit de justice. Sa grande bienveillance nous a aidé à nous adapter au nouveau milieu humain qu'était pour nous l'univers médical, dans le même temps qu'il nous faisait profiter de sa haute culture médicale et de la richesse de son enseignement clinique. Nous l'en remercions infiniment, et sommes très honoré d'être jugé aujourd'hui, par lui.

A notre Maître, le Professeur MONNIER, nous exprimons notre gratitude pour l'enseignement qu'il a bien voulu nous dispenser au cours de nos études médicales, et pour avoir bien voulu nous guider dans l'interprétation de nos enquêtes. Son expérience du sous-développement, ses larges connaissances il nous les a dispensées, contribuant ainsi de manière décisive à orienter nos travaux. Nous tenons en outre à lui manifester notre reconnaissance pour son accueil et l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner.

A M. le Professeur RUFFIÉ, nous adressons nos plus vifs remerciements pour les marques de sympathie qu'il nous a manifesté au cours de nos études médicales, et l'enseignement qu'il nous a prodigué dans son service de rhumatologie. Nous lui sommes très reconnaissant d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

M. le Professeur VELLAS, Directeur de l'Institut d'Etudes Internationales et des Pays en Voie de Développement, Professeur à la Faculté de Droit, nous a fait l'honneur de nous compter parmi ses

collaborateurs, et nous a dispensé un enseignement précieux pour la compréhension des problèmes du Sous-Développement. Sans lui, la partie économique de cet ouvrage n'aurait pas été réalisable, et nous ne saurons jamais assez le remercier pour avoir affermi notre jugement, et tempérer notre enthousiasme.

Enfin, nos remerciements vont à tous ceux qui nous ont apporté leur concours pour la réalisation de ce travail : La Direction Départementale de la Santé et de la Population, MM. les Directeurs des services hospitaliers de la Martinique, le Service de l'Eau et de l'Assainissement, à Fort-de-France, le Bureau de l'Assainissement de la Municipalité de Toulouse, le Dr Monlouis qui nous a prêté sa collaboration pour la partie relative au problème de l'Alimentation.

« Le temps n'est plus où n'importe quel médecin ayant une influence politique, ou même un clinicien éminent pouvait préparer et mettre en œuvre avec succès une campagne moderne de santé publique. La santé publique n'est pas une discipline spéciale de la Médecine. C'est un domaine extrêmement vaste et d'une importance vitale, des sciences sociales et administratives ; la médecine est l'un de ses éléments essentiels ».

WINSLOW.

INTRODUCTION

Le développement sanitaire dans l'île de la Martinique, département français des Caraïbes, se présente comme exceptionnel comparé à la situation sanitaire des îles voisines de l'archipel des Antilles, ou mieux encore, à celle existant dans la plupart des pays en voie de développement.

Avec un corps médical pléthorique, composé en grande majorité de « généralistes », la Martinique se présente avec un taux très honorable de 1 médecin pour 2.500 habitants, taux très acceptable, et qui peut soutenir la comparaison avec les pays européens développés.; sur le plan hospitalier, si on s'en tient aux statistiques officielles, avec plus de 3.000 lits d'hôpital, la Martinique apparaît mieux équipée que la France elle-même, puisque ce dernier pays ne pouvait offrir que 4,62 lits pour 1.000 habitants tandis que la Martinique disposerait pour son compte de 10 *lits pour* 1.000 *habitants*.

Cependant la projection des chiffres sur les réalités, fait apparaître la grossière fiction d'une situation sanitaire comparable à celle existant dans certains pays avancés de l'Europe Occidentale. Certes, la situation martiniquaise ne peut être considérée, comme désespérée, face aux besoins de ses voisines des Caraïbes, néanmoins, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est le reflet typique d'un sous-développement qui présente l'originalité d'être essentiellement lié au facteur *Humain*.

Evidemment, nous retrouvons à la Martinique les caractéristiques du sous-développement mondial, soient : sous-emploi, sous-alimentation, mortalité infantile élevée, revenu moyen annuel par tête très bas, classes moyennes très peu représentées, sous-prolétariat très développé, classes possédantes en excessive minorité et détenant la quasi-totalité des richesses, consommation individuelle moyenne d'énergie par an très basse, etc.

Mais contrairement à beaucoup de pays où le sous-développement est dû à des conditions géographiques très défavorables, et à l'absence de moyens d'action de l'Etat, la Martinique est sous-développée, parce que *l'homme y a trop bien vécu jusqu'à ce jour et*

sans effort. En effet par suite des circonstances historiques et géographiques, le Martiniquais s'est contenté aisément de ce que lui offrait gracieusement une nature-providence ; de ce fait, il est la négation de ce que l'on appelle *l'homo economicus* en ce sens qu'il a échappé jusqu'à ce jour à toutes les lois économiques, sa subsistance quotidienne n'étant pas liée obligatoirement au profit tiré de son travail.

A l'appui de cette thèse, on peut avancer deux constatations : le fait que la venue d'un enfant dans un foyer ne pose pas de problème pour le couple d'une part, et d'autre part, l'absence d'ambition sociale, ou plus exactement l'absence du désir d'amélioration matérielle remarquable chez le Martiniquais, alors que par ailleurs, on puisse déceler chez lui le besoin de certains superflus de la civilisation moderne (poste de radio, voitures, etc.) cependant que dans la plupart des cas, l'essentiel lui fait défaut.

Cet état de faits va expliquer les variations des paramètres démographiques et économiques ; c'est ainsi qu'à l'examen, l'évolution de ce que l'on pourrait appeler « le revenu national martiniquais » se révèle en augmentation constante au cours des 20 dernières années, lié d'ailleurs à une amélioration également constante des conditions de la vie sociale, avec l'apparition de la Sécurité sociale, des prestations familiale, de l'assistance médicale gratuite, de l'aide sociale enfin, sous ses formes les plus diverses.

Cependant si l'on considère que le sous-développement est fils de l'analphabétisme, la Martinique aurait tendance à prouver le contraire : elle qui compte seulement 5% d'illétrés dans une population où par ailleurs 99% des enfants sont scolarisés au niveau primaire, et qui a vu son sous-développement aggravé en 1961. Du point de vue économique, on peut en rechercher l'explication dans le fait que le marché de l'emploi ne peut satisfaire aux besoins, pourtant ce n'est là qu'un fait ; la véritable raison est que le développement considérable de la démographie liée aux circonstances que nous venons de mentionner, pose pour la première fois aux Martiniquais, le problème de la lutte pour la vie, et par voie de conséquence, le rend accessible aux lois économiques, la subsistance quotidienne étant menacée.

On peut alors en tirer un certain nombre de conclusions :

A. — La Martinique a vécu jusqu'à ce jour au-dessus de ses moyens, ce qui a reculé l'échéance de la solution des problèmes

sociaux et économiques ; si son budget propre avait dû dégager le financement des Assurances sociales et de l'aide sociale il est plus que probable que ce serait impossible. On peut même dire que le développement de l'action sociale, a *objectivement* aggravé la situation, et nous verrons concrètement pourquoi.

B. — Si l'on considère la Martinique comme un pays recevant une assistance technique et financière d'un pays plus développé, en l'occurence la France, on peut dire que cette aide n'a pas eu les résultats escomptés, et qu'il serait peut-être nécessaire d'en réviser l'esprit, en essayant pour une fois de placer « les bœufs devant la charrue » et non le contraire ; en bref, il conviendrait de consacrer au développement économique des investissements plus considérables, même si cela devait être au détriment du « social », car à quoi cela servirait-il de créer des emplois nouveaux si ceux-ci ne devaient pas être occupés du fait d'une distribution indirecte de revenus par l'aide sociale ?

On comprendra dès lors que les problèmes sanitaires seront des conséquences directes de la situation économique et sociale et en particulier de la situation démographique ; d'autres aspects sanitaires seront liés, eux plus intimement au facteur humain.

Néanmoins, on peut dire d'une manière générale, que les problèmes sanitaires sont les nécessaires corollaires de ce que l'on peut appeler *l'inadaptation* de la situation martiniquaise en ce que ce pays présente le double visage d'un pays équipé alors qu'en fait, il est l'expression typique du sous-développement.

Nous examinerons successivement au cours de cette étude :

I. — *Les données géographiques, humaines et économiques.*

II. — *Les problèmes de l'organisation sanitaire et sociale.*

III. — *Les critères d'une action médico-sociale à la Martinique.*

Fig. 1

1) De 0 à 100 m.
2) De 100 à 400 m.
3) De 400 à 800 m.
4) De 800 à 1200 m.
5) Au-dessus de 1200 m.

Première Partie

DONNÉES GÉOGRAPHIQUES ET HUMAINES

1. Configuration géographique

La Martinique est une île de l'archipel des Caraïbes, située entre le 14e et le 17e degré de latitude nord, et le 60e degré de longitude ouest ; elle fait partie des Caraïbes Orientales, et du groupe des Petites Antilles ; elle est baignée à l'est par l'Océan Atlantique et à l'ouest par la Mer des Caraïbes qui communique avec l'Océan par deux chenaux, le canal de la Dominique au Nord, le canal de Ste Lucie au Sud, qui séparent la Martinique des deux îles du même nom.

Située en pleine zone tropicale, l'île a un climat tropical chaud et humide, très ventilé, qui maintient une température de 25° C. à peu près constante toute l'année. Grosso-modo, on distingue deux saisons : la saison sèche et chaude connue sous le nom de *carême* (en principe de janvier à juillet), et la saison humide dite *hivernage* débutant en août par les typhons et cyclones. Entre les deux saisons, une période de transition exceptionnellement douce marquée par la fin du mois de décembre et le début de janvier. Les nuits sont en général douces, et les journées sont fraîches jusqu'à 10 heures du matin, heure à laquelle la chaleur tropicale fait ordinairement son apparition, pour arriver au zénith vers 13 heures avec souvent 30° C à l'ombre ; après c'est le déclin, et la chaleur recommence à devenir supportable à partir de 16 heures. Ces considérations sont pleines d'enseignement, en ce que des projets relatifs à la réorganisation du travail suivant les normes climatiques, afin d'en améliorer le rendement, ont été déposés, sans recevoir jusqu'à maintenant d'application.

D'une superficie de 1.100 km², la Martinique a dans sa plus grande longueur 80 km, et 30 km dans sa plus grande largeur ;

ainsi présenté, le pays laisse une apparence d'exiguïté que le visiteur n'éprouve pas du fait du relief très tourmenté, de la variété des paysages.

On oppose volontiers le Sud sec et aride, au Nord vert et humide, la Montagne Pelée à la Plaine alluviale du Lamentin, la Côte Est très ventilée dite « Côte au Vent » à la Côte Ouest mieux abritée dite « Côte sous le Vent ».

La faune est très peu différente de ce que l'on peut trouver en Europe surtout sur le plan des animaux domestiques ; quelques exceptions viennent rappeler qu'on est sous les tropiques, depuis quelques macaques apprivoisés à quelques perroquets dits « jacquots » tous d'importation. La flore est plus originale, mais comporte peu de richesses exceptionnelles, à part quelques essences rares qui ne sont d'ailleurs pas exploitées. L'étranger notera surtout les arbustes décoratifs, fougères arborescentes, balisiers, hibiscus, d'un intérêt économique pas très évident.

En bref, la Martinique comprend une plaine, un désert miniature (la Savane des pétrifications au Sud), quelques hauts plateaux (Vauclin), une montagne (la Pelée 1.400 m. environ) et une petite forêt vierge au Nord (route de la Trace) ; pas de grands fleuves, mais des rivières en nombre suffisant, de très jolies plages, des paysages d'une beauté paradisiaque, et une hospitalité remarquable. Actuellement, rien qui décèle des richesses minérales extraordinaires. Telle la plus jolie femme du monde, ce pays ne peut offrir que ce qu'il a, du soleil, une vie apparemment facile, quelques milliers d'hectares de bonne terre, où tout pousse spontanément, depuis le « fruit à pain » national jusqu'aux tubercules qui font la base de la nourriture des 9/10e de la population.

2. Géographie humaine

La base de la population martiniquaise est constituée essentiellement par deux races : la race blanche d'origine européenne et plus particulièrement française, la race noire d'origine africaine, et plus particulièrement de la Côte Occidentale de l'Afrique, Guinée, Dahomey, Côte d'Ivoire, Congo, pour citer les pays, qui, du fait de la traîte des esclaves, ont fourni le plus de ce qu'il était convenu d'appeler alors « Bois d'ébène », aux plantations des Antilles françaises. Ici, une légende veut que les propriétaires martiniquais

riches planteurs, (« ces messieurs de la Martinique ») rivalisent avec leurs homologues de Cuba et de Saint-Domingue, et se soient ainsi réservés les plus belles « pièces » des cargaisons, ce qui expliquerait que la race martiniquaise soit l'une des plus belles des Caraïbes. Cette citation a son importance aussi ridicule que cela puisse paraître, car elle explique le comportement sociologique de *l'homo martiniquens* en dedans et surtout en dehors de son groupement.

Aux deux éléments de base précités, vinrent s'ajouter au début du XX[e] siècle, les Indiens orientaux amenés aux Antilles pour suppléer une main-d'œuvre noire émancipée, refusant de servir dans les champs des esclavagistes. Cette population indienne forme un ensemble assez pittoresque, bien qu'il se soit mélangé abondamment avec les deux autres éléments raciaux ; elle garde cependant une originalité religieuse et sociologique, qui en fait un élément pas encore totalement assimilé.

Actuellement la population est le résultat de ce creuset où se sont fondus presque entièrement les différents éléments initiaux, donnant un ensemble où les métis de tous bords et toutes sortes constituent le type martiniquais courant.

Cette population est plus disséminée dans le Nord que dans le Sud où elle est agglomérée dans un nombre restreint de gros bourgs. Enfin, la capitale, Fort-de-France, groupe actuellement une population évaluée à 80.000 habitants, soit plus du quart de la population totale.

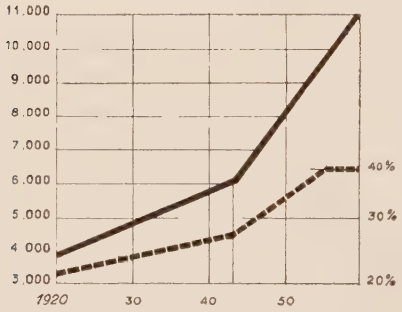
Les problèmes démographiques liés à l'extension de la population, poseront plus d'un problème sanitaire, et nous allons voir pourquoi ; par ailleurs, on comprendra que la politique sanitaire soit plus difficile à définir dans le Nord pour une population plus disséminée et éparse, dans un contexte géographique montagneux, que dans le Sud où la population est plus concentrée, et le relief moins tourmenté ; de ce fait, on doit, semble-t-il concevoir une politique hospitalière différente au Nord et au Sud.

3. Le problème démographique

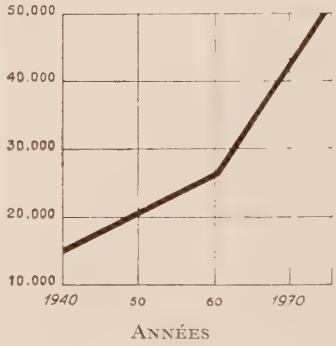
La population martiniquaise s'élevait en 1954, si l'on en croit les résultats du recensement, à 239.120 habitants. Or, ici une controverse intervient entre statistiques internationales et natio-

nales ; en effet, si l'on se réfère aux statistiques de 1946, la population de la Martinique était évaluée à 261.595 habitants et l'*Annuaire statistique de la Commission des Caraïbes*, retenait pour sa part, sous la foi des renseignements communiqués par l'Etat français, et qui n'ont pas été changés depuis, le chiffre de 273.000 habitants en 1950. Donc tous les annuaires internationaux continuant à faire mention de ces chiffres, et ceux-ci paraissant plus concorder avec les réalités apparentes, on peut évaluer dès lors la population de la Martinique en 1961, au chiffre de 300.000 habitant à 10.000 près.

Evolution des naissances (1920-1959)



Evolution du total annuel des jeunes de 15 à 19 ans (1940-1970)



------- : Mortalité infantile.

Toutefois, pour les commodités de l'exposé, et sous la foi des calculs de l'I.N.S.E.E.[1] nous baserons notre exposé sur le chiffres de 1954. Tout d'abord, une constatation : *la poussée démographique martiniquaise est phénoménale depuis* 1946 et bat tous les records ; les causes en sont aussi diverses que variées, et plus que cet aspect global du phénomène, l'intérêt est attiré par les composants qui nous fourniront bien des renseignements précieux.

A. — *Causes de la poussée démographique*

1° *Régression de la mortalité.*

Liée à la progression de l'équipement sanitaire, à l'éradication définitive ou presque totale de certains fléaux sanitaires, et surtout

1. Tous ces chiffres sont tirés de l'Annuaire de l'I.N.S.E.E. pour la Martinique.

au développement de la protection maternelle et infantile, entraînant notamment la chute de la mortalité infantile. Mieux que tout commentaire le tableau suivant nous édifiera :

TABLEAU I

Années	Nombre de décès	Taux brut de mortalité (Nombre de décès pour 10.000 habitants)
1946.....	4.290	217
1959.....	2.500	90

2° *Progression de la natalité.*

Ici, contrairement aux nations européennes, la natalité n'obéit pas aux lois économiques, et nous en avons vu quelques raisons sociologiques ; il convient de dire par ailleurs, que la grande liberté sexuelle qui existe à la Martinique, institue une polygamie de fait sinon de droit à laquelle l'église catholique elle-même n'est pas parvenue à mettre fin ; les conséquences en sont :

— un grand nombre de filles-mères acceptées par la société comme un fait normal, contrairement à la coutume européenne ;

— l'institution d'un matriarcat qui fait de la femme martiniquaise de 15 à 30 ans, l'élément essentiel et presque unique du foyer puisqu'elle remplit à la fois le rôle du père et de la mère. Cette situation présente l'originalité que nous venons de dire, à savoir que cette situation dure jusqu'à l'âge de 30 ans environ ; en effet l'expérience montre que fille-mère à 15 ou 20 ans, la femme martiniquaise se « rangeait » vers la trentaine en épousant un homme qui, dans la plupart des cas n'est pas le père des enfants, ou quelquefois, avec le père des enfants avec qui elle avait vécu jusqu'ici en concubinage (voir tableau II).

TABLEAU II

MARIAGES SELON L'AGE (MOYEN) AU PREMIER MARIAGE DES ÉPOUX OU ÉPOUSES CÉLIBATAIRES DE 1955 A 1958

1955		1956		1957		1958	
Epoux	Epouses	Epoux	Epouses	Epoux	Epouses	Epoux	Epouses
31 ans 11 mois	28 ans 6 mois	33 ans 9 mois	28 ans 9 mois	32 ans 7 mois	29 ans 1 mois	31 ans 11 mois	28 ans 7 mois

Si l'on compare ce tableau avec le tableau IV, on constatera que l'âge moyen des épouse au mariage ne correspond pas à l'âge moyen de la mère :

— un fort pourcentage d'enfants illegitimes est aussi le tribut de la liberté des mœurs à la Martinique : l'analyse montre aussi, que là, d'après l'âge de la mère le pourcentage d'enfants illegitimes varie en raison inverse de l'âge (voir tableau IV) ;

— un faible taux de nuptialité qui semble indiquer un détachement de l'homme vis-à-vis du noyau familial, et peut-être une crainte qui pour certains sociologues, aurait pour origine le démantèlement de la cellule tribale africaine, puis de la cellule familiale (reconstituee chez le maître) au moment de l'esclavage : un atavisme marqué en aurait résulté (voir tableau V) ;

— enfin un taux de fecondite exceptionnellement eleve qui comparé au taux de la France metropolitaine, en est le double : 100 femmes de 15 à 49 ans mettent 16 à 18 enfants au monde par an, à la Martinique ; en France seulement 8 enfants.

TABLEAU III

Nombre de naissances illégitimes et legitimes de 1955 a 1958
(Ensemble des naissances vivantes)

	Martinique				France (en milliers)			
	Total	Légitimes	Illégitimes		Total	Légitimes	Illegitimes	
1955	10.267	5.294	4.973	49%	802.303	751.011	51.292	6,4%
1956	10.574	5.423	5.151	49%	803.107	752.218	50.889	6,3%
1957	11.001	5.662	5.339	49%	812.589	762.447	50.142	6,2%
1958	10.758	5.426	5.332	49%	808.560	758.947	49.613	6,1%

3° *L'habitat.*

Sa qualité laisse à desirer d'une manière generale, son amélioration étant liée au facteur economique (voir chap. II) ; son exiguïte dans certaines zones rurales, et surtout urbaines, contribue à une certaine promiscuite dont le retentissement est des plus deplorables sur l'éducation et la moralite des enfants, et partant sur la natalité.

TABLEAU IV

Fréquence et rapport naissances illégitimes par rapport naissances légitimes et suivant l'age de la mère

Age de la mère	Rapports $\frac{\text{légitimes}}{\text{illégitimes}}$
15 à 19 ans	$> \frac{1}{6}$
20 à 24 ans	$\frac{1}{2}$
25 à 29 ans	1
30 à 34 ans	1 à 2
35 à 39 ans	2
40 à 44 ans	> 2

TABLEAU V

Fréquence des mariages et naissances pour 10.000 habitants

Années	Martinique		France	
	Mariages	Naissances (vivantes)	Mariages	Naissances (vivantes)
1955	110	395	145	185
1956	108	401	135	184
1957	109	407	141	184
1958	99	390	140	181

4° Conditions géographiques.

L'absence d'hiver, une nature prodigue, une habitude de vivre chichement, font que la crainte de la grossesse, et les problèmes inhérants à la venue d'un enfant, ne se posent pas à la Martinique.

5° Législation sociale.

L'extension à la Martinique aux catégories de fonctionnaires d'abord, puis plus récemment à l'ensemble des salariés, de la législation sociale en vigueur en France métropolitaine, n'a pas été faite pour ralentir l'ascension démographique, bien au contraire; l'institution en particulier des allocations familiales, de la Sécurité sociale, et de l'assistance médicale gratuite, en faisant retomber

sur l'Etat la totalité des charges de la santé (voir chap. III) a contribué aussi indirectement à la poussée démographique, en diminuant la responsabilité des individus.

B. — *Caractères de la démographie martiniquaise*

— Les jeunes représentent actuellement l'écrasante majorité, ce qui se traduit par une pyramide des âges à base très large et sommet très aigu. En 1961, on estime approximativement, le nombre des moins de 20 ans à 55% de la population totale, et les moins de 30 ans à près de 66%.

— La population active représente à peine 33% de la population totale, et si l'on tient compte de l'aspect saisonnier de l'emploi dans certains secteurs, c'est au chiffre de 25% qu'il faut situer la base active permanente de la population martiniquaise.

— Les deux sexes sont représentés à peu près à équivalence, avec une légère avance pour les femmes qui ont une longévité nettement plus marquée ; d'autre part, on pouvait évaluer en 1954, au chiffre de 59.191, le nombre d'éléments du sexe féminin, susceptibles de procréer, soit 25% de la population totale.

— Deux autres chiffres attirent particulièrement l'attention : la mortalité infantile et la mortinatalité : le 1er 56 pour 1.000 en 1958, le 2o 43 pour 1.000 ; en France, à la même époque ces deux chiffres étaient respectivement de 27,1 pour 1.000 et 21,5 pour 1.000.

TABLEAU VI

1958

	Mortalité infantile	Mortinatalité	Taux de natalité
France.....	27,1/1000	21,5/1000	18/1000
Martinique.....	56/1000	43/1000	40/1000

— Enfin l'analyse de l'évolution de la population martiniquaise montre que celle-ci a un taux de croissance de 31% en 10 ans quadruplant ainsi le taux métropolitain de 7,2% ; cet aspect est aggravé par le fait que l'émigration est pratiquement nulle, puisqu'elle n'affecte chaque année que 1.500 individus

TABLEAU VII

Population par age en 1954 en France et a la Martinique

Age	Total et % population totale			
	Martinique		France (en milliers)	
15 à 19 ans	23.494	10%	2.871,3	6,7%
20 à 24 ans	18.829	8	3.156,4	7,4
25 à 29 ans	16.810	7,1	3.175,8	7,4
30 à 34 ans	15.733	6,7	3.265,5	7,6
35 à 39 ans	13.435	5,7	1.801,9	4,2
40 à 44 ans	13.620	5,8	2.970,2	6,9
45 à 49 ans	11.106	4,7	3.015,2	7,0
50 à 54 ans	8.731	3,7	2.927,6	6,8
55 à 59 ans	7.225	3,1	2.506,0	5,8
60 à 64 ans	5.607	2,4	2.065,2	4,8
65 à 69 ans	4.537	1,9	1.827,6	4,3
70 à 79 ans	6.595	2,8	2.525,2	5,9
80 et plus	1.825	0,8	825,5	1,8

environ, et que par contre l'exode des populations rurales du fait d'une mécanisation plus poussée vers les agglomérations urbaines rend de plus en plus insolubles les problèmes sanitaires en ce qui concerne l'hygiène sociale, et la santé publique. Ce sont ces incidences particulières de la démographie que nous allons aborder maintenant.

C. — *Conséquences des données démographiques sur le plan sanitaire*

a) Hygiène sociale et Santé publique.

Les conditions de l'Hygiène sociale sont de plus en plus difficiles à maintenir dans certaines agglomérations et tout particulièrement à Fort-de-France, où les lotissements de Morne Pichevin, de Bellevue (côté Lycée Schœlcher) et du canal Levassor, pour ne citer que ceux-là sont des foyers propices à l'éclosion de toutes les épidémies possibles, et en particulier de la typhoïde qui y sévit d'une manière endémique. Les conditions d'évacuations des eaux souillées ne sont pas toujours réunies, et les lieux cités sont d'une grande insalubrité pour petits et grands.

b) Protection infantile.

Dans le même ordre d'idées, il est difficile de protéger aussi bien les petits de 7 à 14 ans livrés à eux-mêmes, dans un pays où la mère est ce que nous avons déjà vu, et où par conséquent son absence fréquente du foyer est à l'origine d'accidents et intoxications causant de véritables ravages. Enfin, on peut d'ores et déjà prévoir que le climat social est propice à l'épanouissement d'une délinquence juvénile qui a su pour le moment semble-t-il se cantonner dans des proportions encore acceptables, mais jusqu'à quand ?

Ici, comme ailleurs, les besoins de très loin supérieurs aux possibilités, conduisent de plus en plus les responsables à l'acceptation de fait d'une politique sanitaire malthusienne, où on sauvegarde l'essentiel, en laissant les vraies solutions pour un avenir indéterminé. Les risques d'une compensation naturelle par le jeu de ce que Darwin appelait la Sélection naturelle, se précisent dans la mesure où on peut admettre que dans la décade à venir, la mortalité infantile risque d'augmenter au cours des années suivant le sevrage ; cette mortalité a l'embarras du choix, si l'on ose s'exprimer ainsi, puisque ce choix va des parasitoses intenses à la sous-alimentation, en passant par les maladies endémiques infectieuses.

Nous en étudierons les effets véritables dans notre chapitre III. Comme on le voit, donc, l'élément démographique commande en grande partie les solutions sanitaires, comme les conditions économiques ; or, sans une bonne économie, pas de santé publique durable, comme sans santé publique, il est exclu qu'on construise une économie valable. C'est pourquoi nous aborderons ici dans notre deuxième chapitre les données économiques de la Martinique.

DONNÉES ÉCONOMIQUES

1. Caractères des productions martiniquaises

Au risque d'enfoncer une porte ouverte, nous rappellerons une fois de plus qu'en pays sous-développé, une action sanitaire efficace n'est pas concevable sans une bonne économie de même que le relèvement du niveau économique n'est concevable que dans la mesure où le capital travail que représente une collectivité donnée est sauvegardé par une bonne politique sanitaire et sociale.

C'est pourquoi nous aborderons ici, dans le cadre d'une thèse médicale, l'étude sommaire de la situation économique martiniquaise, dans la mesure où cela nous permettra de connaître la situation de l'emploi, le taux des salaires distribués, les possibilités financières du pays, de manière à proposer des solutions compatibles avec les ressources.

L'économie martiniquaise se caractérise par trois aspects liés au sous-développement et qui le corroborent ici, une fois de plus :

— elle est peu diversifiée,
— elle est essentiellement agricole,
— elle est déficiente, et ses structures anachroniques.

Ces caractères font que l'économie martiniquaise justifie l'appellation de pays sous-développé ; les industries y sont pratiquement inexistantes, l'agriculture domine de loin, et la monoculture y est reine.

Monoculture de la canne à sucre avec ses succédanés industriels : rhum et sucre dont les rendements sont très bas (8 % environ) ; les sous produits de la canne à sucre (bagasse, tourteaux) ne faisant l'objet d'aucune industrie dérivée, la productivité est quasiment nulle ; de plus, cette monoculture occupe la plupart des bonnes terres, laissant la portion congrue à deux autres cultures spéculatives, la banane et l'ananas, dont les cours mondiaux sont très

capricieux ; mais différence capitale en ce qui concerne cette étude, la banane est cultivée par la plupart des petits et moyens propriétaires bien que l'ensemble de la production soit contrôlé par les gros propriétaires ; ce qui n'est pas le cas de la canne à sucre, qui reste un monopole d'un cercle très restreint de sucriers et de rhumiers, au total une soixantaine de personnes environ, bien qu'à la vérité, il faille considérer que seules 17 personnes contrôlent vraiment la production totale du pays, et par conséquent près de 60% du revenu national.

TABLEAU I

NIVEAU DES DIFFÉRENTES PRODUCTIONS EN 1959

Sucre	Banane	Ananas	Rhum
76.660 tonnes	129.000 tonnes	9.600 tonnes (conserves) 1.066 tonnes (fruits en vrac)	105.411 hl d'alcool pur

2. PART RESPECTIVE DE CHAQUE PRODUCTION DANS LE REVENU NATIONAL

a) Canne sucre.

La canne à sucre est cultivée sur d'immenses étendues et est entièrement contrôlée par une classe sociale, les Blancs créoles ou « békés » qui détiennent actuellement près de 90% des terres arables ; c'est donc la culture la plus importante et du point de vue qui nous intéresse, à savoir le volume de salaires distribués, c'est la plus intéressante.

Cette culture s'étendait en 1959 sur 14.000 ha, représentant une part des 59.261 ha détenus par les sucriers et rhumiers (au total 365 propriétés représentant 5% du nombre total des propriétés recensées en 1939).

Enfin, la canne à sucre occupe 6.000 ouvriers permanents et 24.000 saisonniers. Elle intervient pour 3.400 millions d'anciens francs (AF) dans le total des salaires distribués, et pour 50% dans le revenu national. Le total global de ses ouvriers diminue du début à la fin de la campagne sucrière au profit de la banane (Tableau).

b) *Banane.*

Elle occupe 5.000 ha distribués suivant le canevas suivant :

TABLEAU II

Propriétés	Pourcentage
1 ha et moins	15%
1 à 5 ha	60%
5 à 10 ha	12%
10 à 20 ha	10%
20 à 50 ha	3%

Donc c'est plus une culture de petits et moyens propriétaires, et ce qui est encore plus intéressant, c'est la place qu'elle a acquise progressivement dans le revenu national, puisque en 1959 avec une production record de 129.000 tonnes, elle intervient pour plus de 40% dans le revenu national avec une distribution de salaires relativement moins importante (et pour cause) soit 1.900 millions d'anciens francs.

c) *L'ananas.*

C'est une culture qui tend à instaurer une certaine stabilité dans l'emploi ; de 500 ha en 1950, les surfaces cultivées ont passé à 1.200 ha en 1961 ; sa part dans le revenu national est d'environ 10%, la masse des salaires distribués équivaut à 700 millions d'anciens francs.

d) *Rhum.*

Occupe pour sa part une position particulière du fait de sa commercialisation un peu spéciale ; en effet la production totale n'est pas achetée par la Métropole, et l'entrée de cet alcool est contingenté sur le territoire français, C'est ainsi que sur une production totale de 105.411 hl d'alcool pur en 1959, la Métropole n'a absorbé que 54.373 hl d'où évidemment un manque à gagner et par conséquent une perte pour le revenu national dans l'année. Il y aurait beaucoup à dire sur la commercialisation du rhum en France, surtout si on est préoccupé par l'augmentation du revenu national martiniquais, mais tel n'est pas notre propos ; il est toutefois bon de souligner que la consommation locale de rhum à la Martinique

a été chiffrée à 7.000 hl d'alcool pur, ce qui veut dire environ 1.400.000 litres de rhum blan à 50° ; ce qui ramène le taux de consommation par habitant à 6 litres ; si l'on considère que dans le milieu ouvrier (agricole) le rhum fait partie de la « gamelle » quotidienne, on peut chiffrer à près de 150 litres par an, la quantité rhum absorbée par les ouvriers agricoles martiniquais. Nous en verrons les conséquences dans l'étude sanitaire et physiologique.

3. Situation de l'emploi

Cette étude économique rapide n'aurait pas tout son intérêt si elle n'était pas pour nous l'occasion d'un tour d'horizon sur la situation de l'emploi, étant entendu que cela nous donnera une idée des possibilités financières de la population.

TABLEAU III

Pourcentage comparatif des différentes professions en France et a la Martinique

Pays	Agri-culture	Employés Bureau Commerce	Ouvriers	Service	Divers	Fonction-naires	Salariés collect. locales
Martinique	33.000	4.500	21.150	7.000	1.000	5.500	2.500
% Martinique....	44%	6%	29%	8%	2%	7%	4%
% France	10%	10%	44%	7%	6%	8%	16%

TABLEAU IV

Situation de l'emploi dans les trois activités économiques au cours des douze mois de l'année
(Chiffres en milliers)

Activités	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Canne :												
Coupe		16	16	14	12	9						
Autres travaux.	5	7	7	7	8	7	7	7	7	6	4	4
Total	5	23	23	21	20	16	7	7	7	6	4	4
Banane	8	8	10	10	11	11	11	10	10	10	8	8
Ananas	2	2	3	5	5	5	3	3	2	2	2	2
Total	15	33	36	36	36	32	21	20	19	18	14	14

TABLEAU V

SITUATION DANS L'INDUSTRIE ET LE COMMERCE EN 1959

Secteurs	Effectifs en 1959			% FRANCE
	1954	Valeur absolue	%	
Bâtiment	3.100	4.200	21%	12%
Industrie agricole et alimentaire	4.800	5.000	25%	5%
Commerce et banque	4.200	5.600	28%	17%
Transport	1.800	2.000	10%	9%
Autres activités	2.600	3.200	16%	57%
	16.500	20.000	100%	

L'analyse des tableau IV et V nous montre d'une part que dans l'agriculture, l'emploi est saisonnier et irrégulier, puisque de 100% au début, on constate une évolution dans les mois suivants vers la régression, alors que le *plein emploi peut être assuré*, ce pourcentage n'étant plus que de 74%; la main-d'œuvre agricole ne travaille que d'une manière irrégulière, et le plein emploi n'est assuré que 3 mois dans l'année (mars, avril, mai); durant les 9 autres mois, sous-emploi chronique affectant une masse de travailleurs variant entre 22.000 et 3.000 individus. D'autre part, nous constatons que dans le commerce et l'industrie où l'emploi est en principe stable il y a une augmentation de 1954 à 1959 de l'ordre de 20%.

Cependant, ce qui est encore plus intéressant à savoir (et ce que nous révèlera le tableau VI) c'est que la demande d'emploi dans le secteur stable du commerce et de l'industrie dépasse les besoins d'où deux conséquences : les salaires ne dépassent pratiquement pas pas le S.M.I.G. (Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti) qui est fixé à 23.703,33 anciens francs tandis que par ailleurs, on note un chômage chronique dans ce secteur fixé à 4.500 personnes.

TABLEAU VI

Année	Disponibilités	Besoins en emploi à temps plein			Sans emploi	
	Valeur absolue	Industrie Commerce	Collectivités locales	Total	Valeur absolue	Pourcentage
1954....	24.500	16.500	1.500	18.000	6.500	27%
1959....	27.000	20.000	2.500	22.500	4.500	17%

En conclusion, si l'on admet que sur 20.000 emplois satisfaits dans le secteur précité ce sont toujours les mêmes individus qui assurent cet emploi (ce qui n'est pas conforme à la vérité) et qu'il existe 6.000 emplois permanents dans l'agriculture ainsi que 5.500 emplois dans la fonction publique, nous parvenons au chiffre de 31.500 auxquels il conviendrait d'ajouter 2.500 emplois permanents du milieu artisanal ce qui ramène le taux d'emploi satisfait dans le milieu salarial à 34.000 sur un total de 75.000, soit moins de 50%.

Si on estime que 9 mois sur 12, 22.000 salariés du secteur agricole sont en chômage larvé, auxquels s'ajoutent 4.500 du secteur industriel et commercial *c'est* 35,3% *des salariés* qui se trouvent sans revenu fixe.

Si d'autre part, on fait la moyenne du travail accompli en un an par l'ensemble des salariés agricoles (représentant 36.000 individus) on arrive au chiffre de 70 *jours environ à raison de* 8 *heures* par jour ; or, d'après les considérations qui précèdent, du fait de la fluctuation permanente existant aussi bien dans les secteurs où la stabilité de l'emploi est assuré que dans l'agriculture, on constate que seule une minorité satisfait à cette moyenne et au delà ; cette minorité ne dépasserait pas 10.000 personnes, en ce qui concerne l'agriculture et 18.000 personnes pour l'ensemble des salariés.

Il convient pour mieux situer ces chiffres de savoir que dans les pays développés, *la part du chômage endémique est de* 5% dans les cas les plus sérieux (hormis les cas de grosse crise). Ces considérations sont très importantes car elles permettent de comprendre plusieurs paradoxes de la situation martiniquaise, d'une part pour ce qui nous intéresse, pourquoi dans un pays sous-développé, où le sous-emploi est de règle, *la Sécurité sociale est excédentaire* ; d'autre part, elles nous expliquent que la main-d'œuvre manque en période de pointe dans les usines à sucre ; enfin, elles mettent en vedette le facteur humain essentiel que nous avons signalé dans notre introduction, ce qui est capital puisque cela nous permettra de proposer des moyens d'action qui semblent avoir été négligés jusqu'ici, et qui pour nous apparaissent primordiaux, si nous voulons parvenir à un résultat sur le plan sanitaire, et ces moyens auxquels nous pensons, c'est avant tout une éducation de base, une information des masses laborieuses nécessaires avant d'entreprendre toute action d'éducation sur le plan sanitaire.

4. Répartition du budget des salariés

Avant de conclure cette étude économique, il paraît intéressant de faire une étude sur la distribution du budget des diverses catégories de salariés ; cette étude a été publiée en 1953 par l'I.N.S.E.E. sur la Guadeloupe, peut être appliquée à la Martinique dans la mesure où les conditions de vie restent les mêmes en ce qui concerne l'ensemble de la population.

TABLEAU VII

Les chiffres sont donnés en % du salaire total de chaque catégorie sociale mentionnée.

Dépenses	Fonctionnaires	Employés	Autres salariés	Salariés agricoles
Alimentation	55,1	57,5	66,8	70,2
Electricité, Combustibles pour éclairage et cuisson	3,6	3,8	3,4	2,9
Blanchissage, savon	3,6	3,0	2,1	2,3
Hygiène, soins personnels, soins médicaux	4,9	4,9	4,4	4,1
Vêtements, chapeaux, chaussures	12,7	11,6	10,5	11,1
Véhicules et Transports	3,6	3,0	2,7	2,3
Loyer	5,6	6,2	3,2	0,9
Divers	10,9	10,0	6,9	6,2
Nombre de familles	128	33	151	144

Voir équivalent France.

Conclusion

Nous nous trouvons donc en face d'une population dont la majorité ne va au travail que dans la mesure où les besoins essentiels peuvent être satisfaits ; tout se passe comme si, passé le moment, où ces besoins ont été satisfaits, la masse laborieuse matiniquaise n'était plus intéressée par aucune activité lucrative. Pourtant, avec la poussée démographique, les conditions de vie qui deviennent de plus en plus difficiles, le Martiniquais est de plus en plus sollicité par le besoin d'une activité stable qui lui assure le minimum indispensable.

D'autre part, la nécessité pour lui de travailler d'une manière régulière pendant un minimum de temps, afin d'assurer sa santé, et bénéficier des prestations sociales, peut être un facteur qui permette de réaliser le plein emploi dans certains secteurs de l'économie, tel la canne à sucre, où l'offre en période de pointe dépasse la demande alors même qu'il existe une masse laborieuse disponible et qui ne s'utilise pas. Mais pour que cette nécessité s'impose à lui dans l'immédiat, il est nécessaire qu'une campagne d'information et d'éducation de base lui fasse connaître non seulement ses droits et ses devoirs, mais aussi fasse naître en lui de nouveaux besoins plus facilement réalisables dans le cadre de l'économie actuelle du pays ; ce n'est pas en développant l'achat des voitures automobiles ou le goût de la radio qu'il sera possible de développer cette économie, mais en donnant le goût d'un nouvel habitat à la portée des plus humbles, en réinculquant le goût du travail de la terre.

Dès lors, il sera plus facile à l'hygiéniste et au médecin de remplir leur rôle au sein d'une population pour qui, la notion de santé deviendra synonyme de mieux-être ; donc il s'agit dans un programme de santé d'écarter au départ tout ce qui n'est pas en rapport avec les possibilités du pays, tant en ce qui concerne le besoin dynamique de la population, qu'en ce qui peut être exécuté par le corps médical ou supporté par des finances publiques insuffisantes.

Deuxième Partie

PROBLÈMES DE L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE

1. L'organisation sanitaire : caractères généraux

L'organisation sanitaire à la Martinique, est une réplique aussi fidèle que possible de l'Organisation de la Santé en France ; cependant, cette ressemblance formelle reste superficielle, car cette infrastructure est coloniale et sous-développée.

— *Elle est coloniale* parce qu'elle est encore axée vers une action épidémiologique s'appuyant essentiellement sur une infrastructure particulière, le *dispensaire*, et d'autre part, parce qu'elle cherche avant tout à l'éradication définitive de certaines maladies tropicales (ex : Paludisme) où des qualités médicales exceptionnelles ne sont pas requises, puisque dans d'autres pays ce travail est assuré par des « officiers de santé » qui sont bien souvent des infirmiers ou des assimilés.

— *Elle est sous-développée* parce que malgré les apparences, elle ne satisfait pas aux besoins actuels en matière de Santé publique, et signe symptomatique, l'hôpital y joue très mal son rôle quand il ne le remplit pas du tout ce qui est le cas le plus courant.

Ces deux considérations expliquent que la Médecine martiniquaise ne puisse développer toutes ses possibilités et qu'une situation assez dramatique ait pris naissance, en ce qui est de la cote morale du médecin dans ce pays.

Nous examinerons successivement au cours de cette étude :

— La situation sanitaire et physiologique de la population,
— l'infrastructure hospitalière,
— l'organisation de l'Assistance sociale,

— l'hygiène sociale et l'hygiène publique,
— la vie médicale martiniquaise.

A. — *Etat sanitaire et physiologique*

Peut-on parler de mauvais état sanitaire à la Martinique ? Y-a-t-il un état de misère physiologique caractérisée ? La réponse à ces questions était donnée en août 1960 par le préfet de la Martinique, pour qui l'état sanitaire martiniquais était excellent si l'on tenait compte du fait que pour la première fois on n'avait refusé aucun jeune à la conscription. Cela était semble-t-il d'autant plus remarquable que c'était la classe des jeunes nés durant la guerre et qui avaient par conséquent souffert des privations, qui arrivaient à l'âge du service militaire.

Cela tendrait à signifier donc que l'état sanitaire et physiologique de la population martiniquaise est très satisfaisant ; cependant, il convient d'accueillir cette information avec beaucoup réserve, parce que la conscription en 1960 est intervenue à un moment où le durcissement des problèmes sociaux a provoqué de la part des autorités responsables, une réaction tendant à expatrier par le biais du service militaire, un grand nombre de jeunes sans profession et oisifs.

Néanmoins, il est hors de doute, cette réserve faite que l'état sanitaire général, a subi une amélioration notable bien que certaines maladies et affections continuent à apporter la preuve de la précarité de la situation.

L'examen des causes de décès au cours des huit dernières années, met en vedette les places occupées par le déséquilibre alimentaire et les maladies infectieuses chez les enfants, attirant l'attention sur l'inadaptation dont nous avons déjà fait mention, et les mauvaises conditions sanitaires sociales et publiques.

Le fait que Fort-de-France se taille « la part du lion » dans les causes de mortalité infantile (93%) prouverait encore s'il en était besoin, le rôle des mauvaises conditions sanitaires auxquelles viennent s'ajouter certaines habitudes sociales déjà mentionnées (absence fréquente de la mère au foyer).

TABLEAU I

Evolution des décès au cours des huit dernières années

Années	Nombre total de décès	Décès d'enfants de un an	Taux brut de mortalité générale	Taux brut de mortalité infantile
1951.....	3.356	567	148	65
1952.....	3.193	498	139	57
1953.....	2.455	466	105	49
1954.....	2.499	446	104	47
1955.....	2.660	521	108	53
1956.....	2.529	507	100	50
1957.....	2.533	505	98	48
1958.....	2.754	574	104	56

Taux brut de mortalité générale : nombre de décès pour 10.000 habitants.
Taux brut de mortalité infantile : nombre de décès pour 1.000 naissances vivantes.

On remarque dans ce tableau une nette recrudescence en 1958 de la mortalité infantile (+ 6% de la mortalité générale et + 17% de la mortalité infantile) qui est attribuée aux toxicoses et gastro-entérites.

En ce qui concerne les adultes, l'examen des causes de décès montre la prédominance nette de l'alcoolisme et de la tuberculose (toutes proportions gardées).

Enfin d'une manière générale, la population est fortement parasitée, et les ascaridioses, bilharzioses et ankylostomiases fréquentes, rappellent là encore, la mauvaise hygiène sociale, tandis que par ailleurs, on peut déceler un état physiologique généralement déficient au niveau des masses défavorisées (66% de la population) ; cet état physiologique est essentiellement le corollaire de la situation économique et du bas pouvoir d'achat qui ne permet pas un équilibre de l'alimentation qui reste très pauvre en protéïnes.

Chez les nourrissons et les enfants, cela se traduit par un déséquilibre diététique et une hygiène alimentaire fantaisiste, générateurs de toxicoses et de gastro-entérites mortelles.

Nous examinerons la situation pathologique et ses incidences, et le problème de la sous-alimentation.

TABLEAU II

Causes des décès a la Martinique

Causes	Tous âges			Moins de un an
	2 Sexes	Sexe M.	Sexe F.	
Tuberculose App. Resp.	75	49	26	—
Autres formes	5	5	—	1
Syphillis et séquelles	6	3	3	2
Typhoïde	12	2	10	1
Diphtérie	3	—	3	—
Paludisme	—	—	—	—
Autres maladies infectieuses et parasitaires	46	23	23	5
Gastrite, duodénite, entérite et colite, sauf diarrhée des nouveaux-nés	108	59	49	76
Cirrhoses	54	35	19	
Complications grossesse	14	—	14	—
Infections nouveaux-nés	15	10	5	15

Remarque. — Ici ne sont pas mentionnés les chiffres des autres causes de décès en 1958. Ces statistiques ne portent que sur 50% des décès car les autres décès ont une cause mal définie ou inacceptable; ces chiffres ont été fournis par l'I.N.S.E.E.

TABLEAU III

Causes des décès survenus au cours de la première année en 1957 et 1958 a Fort-de-France

Causes	1957	1958
Coqueluche	4	—
Autres maladies infectieuses	7	—
Anémie	—	3
Grippe	4	1
Pneumonie	11	9
Bronchite	1	1
Occlusion et hernie	1	2
Gastrite, duodénite, entérite et colite, sauf diarrhée du nouveau-né	29	27
Malformations congénitales	4	9
Lésions dues à l'accouchement, asphyxie et atélectasies post-natales	7	7
Infections du nouveau-né	3	4
Autres maladies particulières à l'enfance et immaturité non qualifiée	42	79
Causes mal définies et inconnues	4	6
Toutes autres maladies	3	4
Accidents	3	2
Total	123	154

Remarque. — En 1958, 93% des décès des moins de 1 an étaient à Fort-de-France.

L'alcoolisme.

20 pour 1000 des décès à la Martinique sont attribués à l'alcoolisme ! 47% des malades masculins admis en hôpital psychiatrique sont atteints de psychose alcoolique pure ! Tel est le lourd tribut payé à cette affection plus sociale que médicale à vrai dire.

En 1958, sur 30 cas de décès par alcoolisme (16 hommes et 14 femmes) on constate que l'âge moyen se situe aux environs de 40 à 49 ans ; dans 12 cas en outre, l'alcoolisme est associé à la tuberculose ; enfin 3 cas de delirium tremens (2 hommes et 1 femme) donnent un bilan provisoire des méfaits de l'alcoolisme sur la santé publique.

Il n'est pas indifférent de noter que la ville de Fort-de-France intervient ici encore pour la moitié des cas, et que depuis 1958, il semble que l'équilibre s'établisse entre alcoolisme masculin et alcoolisme féminin.

D'autre part, sur 54 cas de cirrhoses, on note que l'âge moyen se situe entre 45 et 50 ans pour le sexe masculin tandis que chez les femmes, la tendance est nette chez celles âgées de 55 ans.

A Fort-de-France où l'on possède des données assez exactes et valables, on remarque que l'alcoolisme a provoqué 44 décès, soit 5,3% du nombre des décès, et est intervenu indirectement pour 1% du nombre total.

Les campagnes anti-alcooliques ayant échoué, certains ont cru pouvoir affirmer qu'il y avait impossibilité dans les Pays producteurs d'alcool d'enrayer le fléau que constitue l'alcoolisme ; nous croyons pour notre part ce point de vue sujet à caution, car faut-il encore savoir dans quelles conditions cette campagne a été déclenchée, et combattre les causes essentiellement économiques qui conduisent à l'alcoolisme.

Quoi qu'il en soit la Martinique paie un lourd tribut à cette affection et nous verrons sur quelles données on pourra prévoir une action tendant sinon à la disparition totale de l'alcoolisme, du moins à sa nette diminution.

Les parasitoses.

Par leur présence constante chez les individus, les parasites intestinaux et sanguins, semblent être devenus des hôtes normaux de l'homme en pathologie martiniquaise.

En effet, les parasitoses ne marquent aucun signe de régression, et en 1959 encore, 75% des examens pratiqués par l'Institut Pasteur à Fort-de-France, révélaient la présence d'une ou plusieurs espèces parasitaires chez un même individu.

L'helminthiase est la règle chez l'enfant martiniquais, à la campagne comme à la ville ; il est fréquent de voir ces enfants au ventre énorme, aux yeux fiévreux dénotant un parasitisme intense. La fréquence de l'helminthiase entre 3 et 7 ans, sa relative intensité dans les classes sociales défavorisées, sont à l'origine d'une véritable psychose dans la population qui attribue à un certain nombre d'aliments un rôle vecteur des parasites.

Pour notre part, si nous nous basons sur nos observations de 1959, nous croyons qu'un enquête menée avec toute la rigueur scientifique, démontrerait sans équivoque la part considérable qui revient aux parasitoses dans le décès des enfants de 3 à 7 ans.

Les parasitoses aggravent l'état physiologique déficient de la population, et provoquent chez beaucoup d'enfants des accidents nerveux et respiratoires au moment de la migration des parasites : c'est la classique *crise de vers* à la Martinique, caractérisée par des convulsions ressemblant à s'y méprendre à une crise bravais-jacksonienne, ou la crise pseudo-asthmatique caractérisée par un état d'asphyxie ou de suffocation intense. On comprend dès lors que l'aspect dramatique de ces accidents paroxystiques des parasitoses ait influé sur une population chez qui il reste un brin de fétichisme et de superstition.

Sur le plan intellectuel, les enfants parasités forment un catégorie de faux-cancres, bradypsychiques, sommolents, toujours fatigués. On mesure donc l'intensité que peut revêtir les parasitoses dans ce pays, et malgré les moyens thérapeutiques puissants existant, il faut avouer que l'on est loin d'être parvenu à une amélioration de la situation dans ce domaine.

A côté de l'helminthiase, la bilharziose se taille une place de choix, comme maladie professionnelle, bien que cette qualité ne lui soit semble-t-il pas, reconnue à la Martinique. Elle exerce ses ravages chez les travailleurs en contact avec les eaux infestées de planorbes, hôtes intermédiaires de la bilharzie. Ce sont surtout les coupeurs de cannes, les lavandières, les pêcheurs qui en sont victimes, et dans certaines régions bien déterminées, telle la région du Lorrain.

Enfin de moindre importance sont les Tricocéphales, ankylos-

tomes et amibes dysentériques. La plupart de ces parasites existent d'une manière si fréquente, qu'il est de règle chez tous les sujets devant subir une intervention chirurgicale, de faire une véritable cure de « déparasitage » qui sera d'ailleurs toujours temporaire, les causes génératrices n'ayant pas disparu :

— insuffisance générale d'hygiène et en particulier l'absence de réseau d'assainissement collectif,

— l'habitude de marcher pieds nus et de se baigner dans les rivières polluées,

— l'usage de boissons non potables contenant des œufs de parasites, dû à l'insuffisance des systèmes collectifs d'alimentation en eau contrôlée.

Paludisme et fièvre jaune.

L'éradication du paludisme à la Martinique peut être considérée comme définitive, de même que celle de la fièvre jaune. Les campagnes de désinsectisation qui ont abouti à la quasi-disparition de l'Anophèle et de l'Aedes Aegypti, hôtes vecteurs du plasmodium et du virus amaril, se poursuivent épisodiquement et peuvent être considérées comme étant couronnées de succès.

Les cas de paludisme nouveau sont actuellement pratiquement inexistants et les progrès de la thérapeutique anti-paludéenne ont ramené le nombre des malades chroniques à des chiffres de plus en plus dérisoires.

Fièvre typhoïde.

Du fait des conditions hygieniques qui ont été déjà évoquées maintes fois au cours de cette étude, la fièvre typhoïde sévit à l'état endémique à la Martinique, touchant un certain secteur particulier, qui semble se réduire à la zone Centre Ouest formée par Saint-Joseph, Lamentin, Fort-de-France.

En 1959, on notait 42 cas de typhoïde officiellement déclarés, dont 2 cas mortels ; dans tous les cas, la contamination semble avoir été le fait de l'eau de boisson. Il est à noter que souvent des morts par « fièvre typhoïde » ne font l'objet d'aucune déclaration et que vraisemblablement un grand nombre des cas passent inaperçus (Rapport I.N.S.E.E. pour 1959 sur les causes de décès).

Enfin il est à remarquer que d'une manière générale, la population martiniquaise des faubourgs et des campagnes semble dédaigner

l'eau distribuée par les bornes-fontaines publiques lorsqu'elles existent, au profit de l'eau de source qu'il faut souvent aller chercher bien loin, car elle serait croit-on plus « légère » et moins polluée que l'eau des bornes publiques accusées d'être le support propagateur de nombreuses maladies. Nous en avons fait l'expérience dans la commune de Trinité, au Morne Vert, et à Sainte-Marie.

On parvenait ainsi à ce paradoxe que l'eau contrôlée provenant des citernes sert au ménage et aux multiples travaux domestiques, mais pas comme eau de boisson, celle-ci étant l'eau d'une source quelconque qui bien que non contrôlée a la faveur des villageois.

Nous avons cru déceler la cause de ce paradoxe, dans le fait que l'utilisation du système Buneau-Varillat comme moyen de stérilisation de l'eau de boisson, avait quelquefois exagéré le taux de chloruration, donnant à cette eau un goût de javel prononcé. Dans une population où le niveau sanitaire n'est pas encore assez poussé, la relation de cause à effet, a été immédiatement faite entre le mauvais goût de l'eau et les maladies. Il s'agit ou d'expliquer plus amplement les causes ou de changer de méthode de stérilisation.

Tuberculose.

A l'opposé des maladies précédentes, la tuberculose à la Martinique ne présente sur le plan sanitaire aucun caractère original, bien que l'idée d'un facteur racial soit quelquefois enracinée dans l'esprit de beaucoup de martiniquais.

En effet, le pourcentage de tuberculeux décelé au cours des examens de dépistage varie très peu par rapport à la France, et le chiffre de 4 pour 1000 est analogue à la Métropole.

Cette tuberculose offre les mêmes caractéristiques qu'en Europe Occidentale, soit celles d'une affection de pays peuplé et urbain. Le travail réalisé dans ce domaine est considérable, et les moyens mis en œuvre sont comparables à l'effort français dans ce domaine. Un camion radio sillonne l'île en tous sens et en toutes saisons ; le nombre des cas de tuberculose déclarée chaque année tourne autour de 200, tandis que le nombre de décès par cette affection est de l'ordre de 80 à 100 (voir tableau II).

Nous avons déjà évoqué l'association tuberculose alcoolisme, ce qui permet déjà de rattacher l'importance de la tuberculose à certaines causes sociales et économiques.

A la Martinique, les consultations préventives sont assez large-

ment suivies, et le dispensaire Calmette à Fort-de-France, dispense chaque année plus de 2.000 vaccinations au B.C.G.

Lèpre.

Cette affection est encore courante à la Martinique, bien que les efforts entrepris peuvent être considérés comme couronnés de succès. En 1958, si nous en croyons le rapport de l'I.N.S.E.E., 8 cas de mort par lèpre auraient été déclarés contre 5 en 1955, 1 en 1956 et 3 en 1957[1].

Il semble assez difficile actuellement de se faire une idée très exacte sur les progrès ou la stabilisation de la lèpre à la Martinique, les avis étant partagés ; pour certains médecins généralistes, les statistiques communiqués par le Service de Léprologie seraient approximatives dans la mesure où, paraît-il, il existe de nombreux lépreux dépistés chaque jour en clientèle, et qui ne se font pas soigner.

Quant à nous, il nous semble que le Service de Léprologie peut arguer de certains résultats concrets, car c'est l'un des seuls services hospitaliers valables de ce pays ; on peut dire toutefois, que du fait d'une tendance des familles à cacher leurs lépreux, il apparaît difficile de se faire une opinion très précise. Quoi qu'il en soit on peut considérer avec le Dr Etienne Montestruc, que la lèpre est d'une manière générale en régression, malgré des résurgences apparentes ici ou là, qui semblent plutôt être d'anciens malades qui ne s'étaient pas fait soigner jusque-là.

Les cancers.

Cette maladie qui jusqu'ici semblait avoir épargné la population martiniquaise — on ne signalait que quelques cas de décès par cancers il y a quelques années — tient maintenant la vedette avec 105 décès en 1958 (dont 3 leucémies et 2 maladies de Hodgkin) ; faut-il y voir une brusque flambée, ou une amélioration de la précision du diagnostic ? Il semblerait que l'on doive plutôt pencher pour cette dernière solution.

En tous les cas, cependant, les malades atteints de néo-formations posent de redoutables problèmes médicaux et financiers à la Collectivité, les moyens dont disposent les hôpitaux, tant en ce qui

1. La Direction de la Santé fait mention d'un recul constant des cas de lèpre déclarés : 123 en 1958, 112 en 1957, 75 en 1959, 53 en 1960.

concerne le personnel que le matériel, ne permettant pas des interventions locales. Aussi, jusqu'à ces derniers temps, la pratique courante consistait à expédier les malades en Métropole, et *dans la plupart des cas*, les formalités administratives de transfert étaient si longues que pour certains malades c'était un voyage inutile et onéreux ; on peut s'en faire une idée quand on sait que le prix du voyage par avion aller-retour en couchette touriste avoisine 5.000 NF, que bien souvent il faut prévoir un accompagnateur, ce qui, avec le prix des traitements et le séjour en hôpital métropolitain, faisait supporter à la Collectivité des charges dépassant 10.000 NF par malade. Nous passerons volontairement sous silence les erreurs de diagnostic qui occasionnent presque les mêmes frais à la Collectivité.

La nouvelle tendance tout aussi condamnable à notre avis, si elle est définitive, consiste à faire venir un médecin spécialiste de Villejuif ou d'une autre ville métropoliaine (Toulouse par exemple, comme ce fut le cas en août 1961) qui effectue sur place les interventions nécessaires ou donne des consultations d'orientation thérapeutique. Cette formule bien que nettement moins onéreuse que la précèdente est tout aussi lourde de charges financières, puisque dans un grand nombre de cas, pour les traitements très spécialisés on n'évite pas le transfert d'un grand nombre de malades. Evidemment on peut se demander pourquoi les responsables n'envisagent pas la formation de spécialistes locaux par l'attribution de bourses spéciales ? Nous aurons l'occasion dans la 3e partie de cette étude de revenir sur les aspects financiers de l'Action Médico-Sociale en ce domaine.

Sous-alimentation.

Caractéristique de tous les pays sous-développés la sous-alimentation et la dénutrition ainsi que l'état de misère physiologique qui en sont les conséquences, forment une triade que l'on rencontre souventes fois à la Martinique.

Les causes de cette sous-alimentation sont d'abord économiques avant d'être sociales c'est-à-dire liées à un facteur traditionnel et coutumier (ex. : habitude de se mal alimenter) ; en effet, le martiniquais trouvait jusqu'ici, soit avant 1939, les éléments de sa subsistance sur place, et la gastronomie locale n'avait pratiquement rien à envier à la gastronomie française ; le goût de bien manger était ancré dans les mœurs, et il était relativement facile et peu

coûteux de se nourrir. Pour s'en faire une idée, il n'y a qu'à se rapporter aux récits de Lafcadio Hearn dans ses écrits sur la Martinique datant d'avant 1902.

Les premiers effets de la sous-alimentation font leur apparition au cours des années 1942, 1943, 1944, et 1945 durant lesquelles la Martinique a dû vivre sur elle-même coupée des sources d'approvisionnement en certaines denrées qui faisaient l'appoint et qu'il était plus intéressant d'importer que de fabriquer sur place ; la conséquence immédiate fut que la spéculation en s'établissant sur place mit en évidence les différences entre riches et pauvres, soit entre ceux qui pouvaient se permettre une alimentation devenue brusquement hors de portée des classes les plus défavorisées, et ceux qui, faisant précisément partie de ces classes, se verront contraints désormais de consacrer une grande partie de leur revenu à leur subsistance de plus en plus difficile en raison des prix des denrées.

Cette tendance qui s'était affirmée au cours de la guerre fut confirmée après l'arrêt des hostilités ; malgré les aides alimentaires temporaires octroyées par l'U.N.R.R.A, la Martinique n'a pas retrouvé un équilibre alimentaire et avec la départementalisation qui a instauré de nouvelles habitudes alimentaires, et ouvert plus grandes les barrières douanières aux produits agricoles de la Métropole. La disparité s'est accentuée, les salaires n'ayant pas suivi les prix et le pouvoir d'achat des masses ayant chuté considérablement.

Les conséquences de cette situation furent de deux ordres, tout d'abord, raréfaction des légumes de base de l'alimentation traditionnelle au profit du pain plus cher et moins nourrissant ; d'autre part, instauration de nouvelles habitudes alimentaires plus onéreuses et hors de portée des classes défavorisées, avec pour corollaire immédiat un déséquilibre grave accentué par une certaine inadaptation. Pour couronner le tout, les cultures vivrières et maraîchères abandonnées au profit de la culture intensive de la banane, ne sont pas compensées par une augmentation suffisante de revenus pour permettre l'acquisition de légumes importés de France.

C'est donc sur ce fond économique qu'il faudra essentiellement examiner le problème de la sous-alimentation à la Martinique, et nous en verrons encore l'influence déterminante au cours de cet exposé, sur deux aspects de la malnutrition : *a*) chez les adultes

travailleurs de force des classes laborieuses, *b*) chez les nourrissons et les enfants. Les données nous seront fournies par les rapports de la mission du Professeur Vellas à la Martinique (fév. mars 1961) et du Dr Hubert Monlouis (août-sept. 1961).

a) *L'alimentation chez les adultes.*

L'adulte à la Martinique (il s'agit bien entendu des classes défavorisées) a une alimentation essentiellement axée vers les éléments farineux, les lipides étant représentés presque totalement par l'huile d'arachide (d'importation) ; quant aux protéïnes, elles sont représentées par les poissons fumés et salés, morue et hareng, une fois au maximum par du poisson frais (dans la semaine) et une fois par de la viande. C'est le cas assez idéal qui vient d'être décrit. D'après le Professeur Vellas enquêtant suivant sa méthode « A ras du sol » le Martiniquais absorbe un maximum de 140 g. de viande par semaine. Ce résultat a pu être obtenu, en faisant la somme des bêtes abattues dans le territoire de la commune tant celles vendues à l'étal, que celles consommées en famille, y compris les volailles et autres gibiers comestibles.

Par ailleurs le nombre de calories quotidiennement absorbées, est évalué à 2.100 c. quantité nettement insuffisante pour les travailleurs de force ; on n'est pas au stade de la grande sous-alimentation asiatique avec à peine quelquefois 1.200 c. par jour, mais on est quand même assez loin des 3.000 c. quotidiens nécessaires à un travailleur qui doit fournir un effort physique.

Plus dramatique est le sort des enfants comme nous allons le voir maintenant :

b) *L'alimentation chez les enfants.*

Dans le domaine de l'alimentation des enfants apparaît mieux l'inadaptation diététique du fait du conflit instauré par un progrès coûteux — l'usage des laits industriels — et la disparition progressive de certaines coutumes diététiques traditionnelles.

Il était en effet de règle à la Martinique, dans le passé de garder l'enfant au sein jusquà un âge avancé (ce qui est encore le cas général) et au sevrage de commencer une adaptation progressive à l'alimentation des adultes, par l'usage de farines locales servies en bouillies : le tolomen et la farine de barbade. Ces deux bouillies avaient l'intérêt de n'être pas onéreux, et d'être acceptées assez

bien des nourrissons. Bien que la valeur nutritive ne fut pas des plus remarquables, il semble que ces deux farines permettaient de passer le cap de la période d'adaptation et ce, sans diarrhée.

Avec l'introduction des laits en poudre, concentrés, et des farines de céréales, la plus grande fantaisie a fait son apparition dans l'hygiène alimentaire du nourrisson à la Martinique.

Dans la plupart des cas, les mamans souvent très jeunes (15 ans) ne sont pas encore assez éduquées du point de vue sanitaire, et l'usage qui est fait bien souvent du lait en poudre et des biberons, révèle des aspects très intéressants à connaître. C'est ainsi que le souci de faire durer une boîte de lait et par conséquent économiser sur un avoir bien souvent limité, amène la mère martiniquaise à donner à son enfant un biberon où la quantité de lait sec n'est pas conforme à la norme indiquée sur la boîte.

De plus, il arrive fréquemment que le biberon soit purement et simplement lavé à l'eau de source dont nous avons déjà eu l'occasion de voir les qualités douteuses. Enfin dans bien des cas, l'enfant étant confié, du fait du travail de la mère, à une voisine pour la garde, l'hygiène alimentaire subit là encore un dérèglement des plus préjudiciables ; c'est ce qui explique le grand nombre de gastro-entérites, de toxicoses mortelles du nourrisson à la Martinique. Donc, ici, plus que jamais, la nécessaire action économique jointe à une éducation sanitaire vigoureuse de la P.M.I. devrait permettre des résultats dans les délais les plus brefs.

B. — *Infrastructure hospitalière*

Plus que dans tout autre domaine, le sous-développement ne s'est affirmé avec autant de force à la Martinique ; en effet, si nous prenons la définition de l'hôpital public, donnée par le Code de la santé publique, article L. 678, nous relevons que : « les hôpitaux publics pourvoient aux examens de médecine préventive, de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés ou convalescents et femmes enceintes, y compris notamment, le cas échéant, leur réadaptation professionnelle, ainsi qu'à l'isolement prophylactique. *Ils peuvent également comprendre un ou plusieurs services d'hospices.* Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables, et leur assurent le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, *ces établissements sont dénommés maisons de retraite* ».

Or, peut-on dire que les hôpitaux martiniquais répondent à cette définitions ? Malheureusement non, et la méfiance du public martiniquais vis-à-vis de l'hôpital public, accusé d'être l'anti-chambre du cimetière, est dans une très large mesure justifiée. Son équipement est des plus limités dans la plupart des cas, son service de médecine n'est qu'un simulacre. La salle commune de 20 ou 30 lits est encore de règle, et dans certains hôpitaux tel l'Hôpital Clarac à Fort-de-France, les lits sont si serrés les uns contre les autres que les infirmières chargées du Service de Chirurgie arrivent à peine à passer entre eux. C'est donc sur cette trame que nous allons étudier les caractéristiques de l'infrastructure hospitalière martiniquaise.

TABLEAU IV

NOMBRE DE LITS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES AU 31 DÉCEMBRE 1959 A LA MARTINIQUE

Etablissements	Nombre de lits	Médecine	Chirurgie	Maternité	Pédiatrie
Centre Hospitalier de Fort-de-France :					
— Hôpital civil	333	195	107	—	—
— Hopôtal Clarac.....	430	105	125	—	—
— Maternité de Redoute	200		45	100	55
— Hôpital du Lamentin.	395	177	100	40	20
— de Trinité	150	100	—	25	10 (???)
— du Saint-Esprit	145	70	—	35	12 (??)
— du Marin	123	60	—	26	13 (??)
— du Lorrain	140	74	—	33	15 (?)
— Des Trois-Iles	140	66	—	17	17 (??)
— de Saint-Joseph	66	40	—	12	8
Total	2.122	887	377	288	158

N. B. — Tous les points d'interrogation signifient que les chiffres mentionnés pour la pédiatrie nous apparaissent sans fondement fonctionnel, ces lits ne correspondant à la vérité à aucun service pédiatrique personnalisé.

Si nous ajoutons les 2.122 lits précédents, nous aboutissons au total général de 3.204 lits (un rapport du Sénat fait mention de 3.215) dans lequel il faut comprendre 55 *lits de tuberculeux*, 131 *lits de hanséniens* et 155 *lits d'hospice*, en supplément des 375 lits mentionnés dans le tableau V).

TABLEAU V

Formations spécialisées

Etablissements	Nombre de lits
Sanatorium du Carbet	164
Hôpital psychiatrique de Colson	450
Hospice des vieillards	375
Maternité de Saint-Pierre	25
— des Anses d'Arlet	12
— du François	17
— du Robert	20
— de Rivière-Pilote	19
Total	1.082

A la vérité, en utilisant la méthode d'enquête « à ras du sol » et en nous rendant sur les lieux, voici notre décompte, en tenant compte dans l'appréciation des fonctions effectivement remplies :

Médecine : 517 lits en comptant le Centre hospitalier de Fort-de-France, le Lamentin et Saint-Joseph, seuls hôpitaux à peu près équipés pour cette fonction.

Chirurgie : 377

Maternité : 381

Pédiatrie : 55. En ce qui concerne ce dernier chiffre, nous l'indiquons avec la réserve que bien qu'il y ait un service dit de pédiatrie, il n'existe pas de pédiatre, nous y reviendrons.

Total : 1.330 *lits* pour malades aigus sont offerts à une collectivité de 300.000 âmes.

Si nous appliquons les indices lit-d'hôpital-population admis par les normes de la santé publique, nous obtenons :

Martinique		France	Normes admises
Indice général	4,43	8,75	4,62 pour 1.000
Médecine	1,7	5	0,8 à 1,2 pour 1.000
Chirurgie	1,25	6,25	de 1,1 à 1,5 »
Maternité	1,27	—	de 0,5 à 0,6 »
Pédiatrie	0,15	—	de 0,08 à 0,12 »

Remarques. — Dans les calculs de l'indice lits-d'hôpital-population n'entrent pas en ligne de compte les chiffres de sana, hôpitaux psychiatriques, par contre les chiffres des cliniques privées ont été retenus pour la France. Par ailleurs, les chiffres sur lesquels ont porté ces indices pour la France datent de 1950, soit avant la mise en marche du Plan quadriennal de 1954-1957 pour la Santé publique. En 1961, il faut compter approximativement plus de 200.000 lits supplémentaires en France pour les malades aigus, ce qui modifie considérablement les indices ci-dessus qui ont porté sur 200.000 lits des hôpitaux publics et 150.000 lits des cliniques privées.

Par ailleurs, si nous appliquons les normes dites de « valeur fonctionnelle » nous constatons que le nombre de lits en Martinique varie du simple au tiers ou à la rigueur à la moitié ; en effet, si nous tenons compte du fait qu'il faut une chambre de 130 m^3 pour 6 lits (nouvelle disposition du Code de santé publique) et 42 m^2 de surface, nous sommes très loin de la densité admise en France. Dès lors il conviendrait de diviser tous les indices par deux, ce qui nous ramène à des chiffres qui illustrent le sous-développement sanitaire du pays.

Donc en conclusions sur ce tableau, nous pouvons admettre que le seul service qui répond aux normes de la Martinique et qui tient compte de son originalité, est le Service de Maternité qui arrive à satisfaire aux besoins avec un indice de 1,2 pour 1.000 répondant aux exigences d'une démographie deux fois plus élevée qu'en France.

Nous aborderons maintenant l'étude de la valeur fonctionnelle des différents hôpitaux martiniquais.

2. Valeur fonctionnelle des lits d'hôpital

La valeur fonctionnelle d'un lit d'hôpital est déterminée par la conjonction de plusieurs facteurs :

— équipement technique,
— durée moyenne de séjour et occupation moyenne annuelle,
— personnel médical et para-médical.

L'équipement technique

Dans la plupart des domaines techniques, un effort a été accompli à la Martinique pour doter certains hôpitaux de moyens de diagnos-

tic moderne, tant en ce qui concerne les laboratoires biologiques, qu'en ce qui touche à l'électro-radiologie, les blocs opératoires, etc.

Malheureusement, cette tendance limitée au seul Centre hospitalier régional de Fort-de-France, présente dans certains cas des caractéristiques de sous-développement, qui sont souvent d'un aspect tragi-comique. C'est ainsi notamment qu'en 1959, encore, la nouvelle maternité ultra-moderne, était pourvue de laboratoires ultra-équipés que personne ne pouvait faire marcher, faute de personnel, que les laboratoires d'électro-radiologie, qui réunissaient un matériel de premier plan, n'étaient pas encore utilisés, parce qu'il n'avait pas été possible de recruter un véritable radiologue qui puisse s'en servir. Or, un jeune radiologue, lauréat de la Faculté de Toulouse, d'origine martiniquaise, se présenta, et ne fut pas agréé du fait de cette situation qui voulait qu'un médecin non qualifié occupât ce poste ; toujours dans cette maternité, une couveuse électrique pour prématurés ne pouvait fonctionner faute de mécaniciens qui puisse en connaître le mécanisme.

De plus, la pharmacie d'hôpital qui doit exister dans tous les hôpitaux, n'existe qu'à Fort-de-France, où ce service est tant bien que mal assuré ; dans les communes, il est pratiquement absent, alors que sa création devrait être prévue pour superviser dans bien des cas, non seulement, tout ce qui touche à la pharmacopée, mais aussi les laboratoires d'analyses pour les examens essentiels qui sont passés dans la pratique médicale courante (urée, cholestérol, glycémie, albumine, etc.).

La radiodiagnostic, manque dans bien des hôpitaux de deuxième catégorie alors que là encore, c'est une nécessité. Si on ajoute qu'il n'existe pas de médecins-résidant dans les hôpitaux communaux[1], ni même de médecins-chefs pour des ensembles qui comptent plus de 100 lits, on s'aperçoit du coup, des freins qui sont mis au fonctionnement de l'ensemble sanitaire que constitue l'hôpital, puisque on lui ôte la possibilité d'assurer les consultations externes et qu'on diminue la valeur des soins qui peuvent être administrés aux hospitalisés.

Cette situation a pour corollaire un encombrement hospitalier qui trouve aussi d'autres causes, mais qui assurément n'est pas étranger à l'efficacité des soins, tributaire des considérations qui précèdent.

1. Dans les hôpitaux du Lamentin et du Centre de Fort-de-France, on avait institué un système d'internat qui a peu duré.

Durée moyenne de séjour et occupation moyenne

Si nous calculons l'occupation moyenne dans les différents services hospitaliers, en Médecine, Chirurgie, et Maternité, nous relevons (en nous basant sur les chiffres officiels) :

— médecine 114%,
— chirurgie 104%,
— maternité 70%[1].

Cela revient à dire, que les lits de médecine sont occupés au-dessus de leur capacité, et que pour pallier le manque de lits en médecine on se rabat sur les lits de maternité inoccupés et de pédiatrie. On note pour la chirurgie, la nette insuffisance qui se manifeste par un excédent de malades pour le nombre de lits existant. Seuls les services de maternité correspondent aux normes acceptables en Métropole.

Cette constatation est objectivée par le calcul de la durée moyenne de séjour qui est de 27 jours en médecine, 23 jours en chirurgie, 9 jours pour la maternité[2].

Il convient d'ajouter à ces caractéristiques le fait que les salles communes très importantes en nombre de malades, sont difficilement suivies du point de vue médical ; on revient donc par la force des choses à la notion de l'hôpital-hospice, maison de charité pour indigents, ce qui ne peut traduire qu'un recul face aux progrès qui avaient été réalisés.

Le personnel médical et para-médical

Avec 96 médecins privés, 18 contractuels exerçant dans les établissements publics, la Martinique compte un taux assez remarquable pour un pays sous-développé, mais la concentration de plus de la moitié des praticiens dans la seule ville de Fort-de-France, laisse les campagnes et certaines communes pratiquement vides, du point de vue médical.

Aussi, vue la structure hospitalière, le médecin rural martiniquais est-il souvent accablé de travail, isolé, ce qui ne contribue nullement à améliorer sa médecine. Il ne peut compter sur l'hôpital,

1. Ces calculs se font en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en un an × 100 par le nombre de lits × 365.
2. La durée moyenne de séjour en faisant le quotient du nombre de journées d'hospitalisation en un an par le nombre d'entrants en un an.

et l'inexistence des laboratoires hospitaliers pour les recherches élémentaires, l'oblige à expédier, souvent dans des conditions défavorables les produits biologiques à analyser à l'Institut Pasteur, à Fort-de-France. Les résultats sont communiqués deux jours plus tard dans les délais les plus brefs.

Les généralistes constituent l'écrasante majorité de ce corps médical où l'absence des chirurgiens et celle des spécialistes se fait sentir. Il n'y a ni pédiatre, ni neuro-chirurgien, ni spécialiste des os, très peu de radiologues et de phtisiologues.

La situation est encore plus dramatique en ce qui concerne le personnel para-médical, car s'il est facile de recruter actuellement des sages-femmes et des infirmières, le manque de laborantines, de manipulateurs en radiologie, de mécaniciens pour les mille et un instruments qui équipent l'hôpital moderne, laisse en panne les laboratoires des hôpitaux ; actuellement avec l'Institut Pasteur, seul le Laboratoire de l'Hôpital civil fonctionne.

D'autres part, les assistantes sociales font défaut, alors que leur rôle dans une éducation sanitaire est nécessaire et primordial ; il convient d'avoir à l'esprit qu'on est dans un pays où chaque commune, chaque campagne a son rebouteux, et où la matrone accouche encore dans une notable proportion les mères à la campagne. Les conditions souvent défavorables de l'hygiène dans certains mornes[1], sont responsables de nos jours d'un grand nombre d'accident fœticides, quand ce n'est pas la mère qui est emportée par une fièvre puerpérale. Il convient cependant de souligner que les femmes fréquentent de plus en plus les maternités, quoique les primipares jeunes et inexpérimentées, souvent filles-mères, restent encore chez elles, dans bien des cas.

La nécessité de conseiller ces jeunes femmes, de les préparer à leurs devoirs de mamans, incombe aux assistantes sociales dont le recrutement ne peut intervenir que si l'on veut bien instituer une politique sociale véritable, où la protection de la jeune fille, la prévention des maux qui guettent la jeunesse, doivent de plus en plus être considérées comme des impératifs urgents et immédiats. C'est l'une des gajures que devrait se fixer l'assistance sociale, mais que l'organisation actuelle est loin de permettre.

1. « Mornes » : campagne martiniquaise.

TABLEAU

PERSONNEL MÉDICAL AU 31 DÉCEMBRE 1959

Personnel	Nombre
Médecins :	
— Non-inscrits à l'Ordre	6
— Inscrits à l'Ordre	110
Pharmaciens :	
— Non-inscrits à l'Ordre	2
— Inscrits à l'Ordre	52
Chirurgiens-dentistes	55
Sages-femmes	77

3. Problèmes de l'organisation de l'assistance sociale

L'assistance sociale peut être considérée comme une sorte de réussite à la Martinique, encore que les critiques que nous aurons à porter restreindront considérablement la portée de ce jugement.

Les insuffisances se manifestent beaucoup plus à l'échelle des réalisations que des moyens financiers mis en œuvre ; ces moyens se chiffrent pour le seul budget de l'Aide sociale à plus de 3 milliards d'anciens francs en 1961, ce qui représente près de 33 % du budget départemental et fait supporter des dépenses de l'ordre de 9.443 francs par habitant à la collectivité, au lieu des 2.584 francs de la France métropolitaine[1].

Quant à la Sécurité sociale, elle présente le paradoxe d'une caisse largement excédentaire du fait de son organisation qui en réduit de manière considérable la proportion des bénéficiaires.

Efin, la Protection maternelle et infantile, malgré le dévouement des responsables, a une activité qui reste limitée par le manque de personnel et de moyens.

A. — *La Sécurité sociale*

Les mobiles qui ont décidé en Europe la création de la Sécurité sociale étaient de plusieurs ordres : économique d'abord puisque cela permettait à l'Etat de garantir à ses membres « l'obtention

1. Ces 2.584 francs représentent un maximum.

d'un salaire minimum, la plénitude de l'emploi et l'élévation des niveaux de vie ».

Cette conception qui s'est très largement inspirée de la doctrine keynésienne de l'économie, avait amené Lord Beveridge en Grande-Bretagne à présenter son fameux rapport social, où l'objectif de la Sécurité sociale était « d'abolir l'état de besoin en assurant à tout citoyen, un revenu suffisant à tous moments pour satisfaire à ses charges ». Cette idée a été à l'origine de la Sécurité sociale en France, à la fin de la guerre, moment propice, puisque c'est alors l'épanouissement des idées généreuses de la Libération, deuxième origine idéologique celle-ci ; vue sous cet angle, la Sécurité sociale est d'après André Getting, « d'abord la Sécurité de l'emploi. Elle doit à ce titre fournir à tous les travailleurs une activité rémunératrice. Elle commande l'élimination du chômage. Elle suppose une organisation qui permette d'éviter les crises et une structure économique qui assure en toute circonstance, le plein emploi ». Poursuivant ce point de vue Getting pense que « la Sécurité sociale est aussi la garantie de la capacité de travail » ; cette notion devait d'ailleurs conduire nécessairement à d'autres clauses, puisque d'après le même auteur en ce qui concerne les conditions dans lesquelles un travailleur est amené à bénéficier des prestations, il n'est pas besoin d'établir un lien absolu entre les cotisations versées, et les prestations qui peuvent revenir au travailleur, de constituer des réserves mathématiques pour faire face aux engagements pris. L'équilibre peut être assuré par une compensation des charges à l'intérieur du régime ou, à défaut, par une garantie financière demandée à la puissance publique. Le droit aux prestations résulte du travail, de la participation effective à la production, et ce droit n'est pas nécessairement lié, comme dans l'assurance, au paiement de la prime correspondante.

Que sont devenues ces dispositions à la Martinique ? Quel fut le désir du législateur en instituant la Sécurité sociale dans ce pays ? Disons tout de suite, qu'il en est resté peu de choses sinon que les mobiles nous apparaissent politiques essentiellement, et que la Sécurité sociale pour le travailleur martiniquais reste en l'état actuel, un cadeau empoisonné.

Instituée en 1946, après l'érection des anciennes colonies d'Amérique en Départements, la Sécurité sociale n'entre en activité qu'en 1948, année au cours de laquelle sont servies les premières prestations aux vieux travailleurs. Depuis, l'organisation a évolué,

et son champ d'application a augmenté ; une série de dates marque cette évolution :

1950 : Revalorisation des anciennes rentes concédées aux victimes d'accidents du travail par le truchement d'un *Fonds ad hoc*. Extension des règles relatives au Contentieux de la Sécurité sociale.

1952 : Introduction de la législation métropolitaine relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

1954 : Election des administrateurs des caisses générales de Sécurité sociale.

1955 : Introduction de la législation sur les Assurances sociales : maladie, maternité, invalidité, décès.

1956 : Prise en charge par les caisses générales de Sécurité sociale du régime existant d'allocations familiales.

1958 : Réforme de l'assurance maladie : indemnisation et prise en charge des frais jusqu'à trois années en certains cas.

1961 : Extension au personnel domestique et aux marins-pêcheurs du bénéfice des Assurances sociales.

La particularité de l'Organisation de la Sécurité sociale ici est d'instituer un seul organisme de gestion pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles ; toutefois, un certain nombre de catégories jouissent de dispositions particulières :

— fonctionnaires, magistrats, agents et ouvriers de l'Etat, qui jouissent du régime général et sont affiliés à une caisse mutualiste ;

— les agents des collectivités locales soumis au régime mixte (décret du 2 mars 1951) ;

— les pêcheurs affiliés à la Caisse des invalides de la marine.

D'autres particularités se situent au niveau de l'application et nous les retrouverons en étudiant successivement le régime des Assurances sociales et des prestations familiales qui sont les plus caractéristiques de la Sécurité sociale à la Martinique.

1° *Les Assurances sociales.*

Elles comprennent :

— les assurances maladie, maternité, invalidité et décès,
— l'assurance vieillesse,
— l'action sanitaire et sociale.

Elles sont couvertes depuis le 1er janvier 1961 par une cotisation identique à la Métropole : 19,5% du salaire dont 13,5% par le patron et 6% par le salarié.

Mais les conditions d'ouverture du droit varient d'une manière considérable par rapport à la France :

— dans le régime industriel et commercial, il faut avoir travaillé au moins 60 heures en Métropole, au cours des trois mois précédant la date des soins, l'arrêt de travail ou la première constatation médicale de grossesse. Dans le régime agricole, 200 jours dans les deux semestres précédents ou 100 jours dans le précédent semestre ;

— dans le régime martiniquais, il faut que l'assuré ait travaillé pendant 50 jours au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail, ou à défaut pendant 130 jours au cours des 12 mois précédant la date des soins ou d'arrêt de travail.

Disons tout de suite que cette condition est pratiquement inaccessible à l'ensemble des salariés agricoles du fait des conditions de l'emploi que nous avons relevées précédemment. De plus, la pratique du concubinage étant la règle, et la législation ne reconnaissant pas parmi les *ayants droit* la concubine et ses enfants, un nombre important de mères de famille ne bénéficient donc pas des Assurances sociales.

L'indemnité journalière versée aux bénéficiaires n'intervient qu'après un délai de carence de 7 jours au lieu de 3 pour la France ; enfin cette situation est aggravée par le mauvais remboursement des honoraires médicaux ; ces honoraires n'ont fait l'objet d'aucune convention entre le Syndicat des médecins qui demande l'alignement sur la zone 1 des salaires en France (Seine-et-Oise) et la Sécurité sociale qui n'a pu trouver un terrain d'entente dans le cadre des dispositions ministérielles du 12 mai 1960 (art. 23). Par ailleurs, les frais pharmaceutiques représentent une source supplémentaire de dépenses pour la collectivité, leur prix métropolitain étant majoré d'environ 40%.

Sur le plan de l'Action sanitaire et sociale (couverte par une cotisation de 0,85% des cotisations) les réalisations restent timorées face aux besoins et aux possibilités ; à part le Centre de soins de la Sécurité sociale à Fort-de-France, les réalisations en ce domaine ne sont pas toujours évidentes : le fait est illustré par des excédents budgétaires de ce chapitre de l'ordre de 330 millions d'anciens francs.

L'assurance vieillesse, fait paradoxal, pour un pays dont l'extrême jeunesse de la population a été largement démontrée, accapare le tiers du budget annuel de la Sécurité sociale avec plus de 1 milliard d'anciens francs de prestations servies.

2° *Les prestations familiales.*

Le montant des cotisations assurant ces prestations, est depuis le 1er janvier 1960 au même taux que celui de la Métropole, soit 14,25 %. Ces prestations comprennent :

— les allocations familiales à l'exclusion des allocations prénatales, de salaire unique, de maternité et de logement ;

— une allocation de première maternité est servie aux seuls fonctionnaires.

Fait à souligner, le taux des allocations servies, est fixé par voie réglementaire et non par référence à un salaire moyen mensuel ; enfin ces allocations ne sont pas mensuelles, mais calculées au prorata du nombre de journées de travail effectuées, et dernière caractéristique, ces allocations sont servies pour les seuls enfants légitimes reconnus, adoptifs ou pupilles. Que ces dispositions tendent à diminuer le nombre des naissances, est douteux ; sa conséquence la plus immédiate est de rendre difficile la Protection maternelle et infantile et d'aggraver les injustices sociales.

TABLEAU I

ASSURANCE MATERNITÉ
(en milliers de francs)

Années	Prestations en nature	Prestations en espèces	Total	Nombre de naissances	
				Mères assurées	Mères non-assurées
1958.....	106.352	53.246	159.598	2.128	1.514
1959.....	125.365	58.338	183.704	2.315	1.501

Remarque. — Le nombre de mères de familles qui ont bénéficié des allocations en 1959, représentent 23 % seulement des naissances avec 3.816.

TABLEAU II

RÉSULTATS DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE
(en milliers d'anciens francs)

	1957	1958	1959
A) *Assurances sociales* :			
Cotisations	1.308.606	1.508.962	1.833.399
Prestations			
— Maladies	333.994	375.360	502.397
Maternité	105.150	159.598	183.704
Décès	4.654	4.979	5.272
Invalidité	2.298	3.361	6.168
— Vieillesse	637.298	710.423	727.104
Total	1.084.394	1.253.721	1.424.645
B) *Accidents du travail* :			
Cotisations	199.222	215.964	228.457
Prestations	134.609	143.197	168.943
C) *Allocations familiales* :			
Cotisations	629.017	884.949	1.194.048
Prestations	558.421	651.971	785.685
D) *Dépenses administratives*	177.785	214.324	262.258

Remarque. — Les Assurances vieillesse mentionnées dans ce tableau ne représentent qu'une partie des dites assurances qui ont une législation et un financement assez complexes ; le tableau suivant complètera donc le tableau II en donnant un panorama plus complet sur cette question.

TABLEAU III

ASSURANCES VIEILLESSE
(en millions d'anciens francs)

Années	Total des prestations	Recettes	Fonds National Solidarité	Pensions et rentes	Assistance vieux travailleurs	Secours viager Allocations veuves et veufs
1958....	1.001.599	842.810	291.164	14.178	657.951	10.398
1959....	1.053.421	892.601	326.316	22.987	652.621	12.315

TABLEAU IV

Tableau comparatif des régimes de Sécurité sociale au 31 décembre 1960

Nature des prestations et modalités d'application	D. O. M.		Métropole (Régime agricole et non-agricole)
	Secteur privé	Fonctionnaires	
Catégorie de bénéficiaires	Salariés du régime général		Tous les salariés, les employeurs et les travailleurs indépendants et même la population non-active.
Qualité des enfants	Enfants ou descendants légitimes reconnus adoptifs ou pupilles	Enfants à charge	Enfants à la charge effective et permanente de l'allocataire.
Financement	Cotisations assises sur les salaires		*a*) Régime industriel et commercial, cotisations assises sur les salaires. *b*) Régime agricole, recettes constituées par des cotisations assises sur les salaires et le produit des taxes frappant les produits agricoles.
Prestations servies	Allocat. famil.	Allocat. famil. Allocat. de salaire unique. Prime à la première naissance.	Allocations familiales. Allocation pré-natale. Allocation de maternité. Allocation de salaire unique. Allocation de la mère au foyer et Allocation de logement.
Montant des prestations	1er enfant : 60 fr. Chaque enfant suivant : 64,20 fr.	Même pourcentage qu'en France. Depuis le 1er août 1960 les salaires de base servant au calcul des prestations familiales sont : 19.400 fr. et salaire unique : 15.850 fr.	22 % du salaire de base servant au calcul des allocations pour 2 enfants. 33 % pour chacun des suivants. 5 % de majoration pour chaque enfant de + 10. 20 % pour 1 enfant. 40 % pour 2 enfants. 50 % pour 3 enfants. Allocation pré-natale. Prime de maternité. Allocation logement : réservée au bénéficiaire des allocations familiales ou de salaire unique ou pré-natales ; fonction du nombre d'enfants, des ressources et du logement.
Conditions d'octroi	Une alloc. famil. par journée de travail		Justification de 18 journées de travail salarié ou 120 h. (à défaut : art. 3 sur population non-active).

TABLEAU V

Excédents des réserves

Excédents au titre des prestations légales	Réserves au titre de l'Action sanitaire et sociale
680.225.764 fr.	332.084.159 fr.

Conclusion. — La Sécurité sociale présente un bilan financier positif, et son organisation semble avoir été conçue de façon à en faire un organisme financier qui rappelle le système d'assurances pratiqué dans le privé ; ses réalisations et ses possibilités restent en dessous des espérances qu'on avait placées en elle ; de plus, elle constitue une sorte d'escroquerie morale dans la mesure où l'esprit de la loi a été trahi, et si on considère que l'obligation de cotiser est absolue pour tous.

En outre, cette étude laisse une impression d'injustice sociale aggravée, alors même que l'organisation semblerait tenir compte de la situation particulière de l'emploi ; en fait, il n'existe aucune restriction pour aucun salarié quant à la cotisation, tandis que le bénéfice des prestations n'est reconnu qu'à un petit nombre. La solidarité nationale de laquelle la Martinique était en droit d'attendre du fait de sa situation juridique de département, une aide plus efficace pour l'application plus juste de la législation, a fait gravement défaut.

Chacun ressent ici, le danger que peut comporter une telle situation, le travailleur assuré social, cotisant, ne comprenant pas qu'au moment de percevoir ses prestations, il ne remplisse plus les conditions requises ; en plus de la déchéance morale que revêt pour lui la position « d'assisté », c'est sa santé qui n'est plus sauvegardée, alors qu'apparemment c'était le rôle de la Sécurité sociale.

B. — *L'aide sociale*

Les lois d'assistance ont été regroupées en Métropole dans le Code de la famille et de l'aide sociale à la suite de l'intervention du décret 56-149 du 24 janvier 1956.

Ces lois sont applicables aux Antilles dans les mêmes conditions

qu'en France, suivant les dispositions du titre III du Code de la famille et de l'aide sociale.

La procédure d'admission est déposée dans les mairies, instruites par le Bureau de l'Aide sociale du département, et transmise au préfet qui la soumet à une commission. A côté de cette procédure normale, la procédure d'urgence qui ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel et en cas de nécessité absolue.

C'est ici que la Martinique diffère très nettement de la Métropole, puisque cette procédure que l'on pourrait qualifier celle du fait accompli, est devenue par la force des choses, la procédure habituelle ; un autre caractère différentiel est que le montant du budget de l'Aide sociale occupe une proportion notable du budget départemental avec près de 3 milliards de francs inscrits, qui sont souvent dépassés en pratique. Ce budget est presque totalement absorbé (près de 60%) par l'Assistance Médicale Gratuite (A.M.G.). Ce que nous venons de voir à propos de la Sécurité sociale explique cette situation, tant il est vrai que l'on ne peut refuser l'aide médicale à une population laborieuse qui a cotisé aux Assurances sociales, mais que les dispositions législatives et règlementaires ne permettent pas de bénéficier des prestations.

En effet, s'il n'y avait pas l'A.M.G., bien des travailleurs martiniquais n'auraient aucune assurance contre la maladie ; de même qui pourrait prendre en charge les frais médicaux et pharmaceutiques excessivement élevés que même ceux qui bénéficient de prestations, ne peuvent payer du fait d'un remboursement dérisoire ?

Cependant, beaucoup de citoyens ont mal interprété la signification de l'institution de l'A.M.G., et c'est ainsi que les listes de bénéficiaires se sont enflées démesurément, au point de compter en 1958, sur une population évaluée officiellement à 265.000 habitants 207.292 bénéficiaires en comptant les tuberculeux (I.N.S.E.E.).

Ces abus ont conduit les services intéressés de la Métropole (Ministères de la Santé publique, des Finances et de l'Intérieur) à établir une enquête pour rechercher les causes de l'élévation du budget de l'Aide sociale. Les attendus furent communiqués dans un rapport dont nous extrayons ces quelques lignes très significatives :

« Sans doute différentes causes d'ordre économique et démographique ainsi que le retard apporté à la mise en application dans ces régions d'une fraction notable de la législation sociale expliquent et justifient partiellement cette situation.

Mais il existe aussi certains autres facteurs et notamment des habitudes de facilité beaucoup plus accusées dans ces régions lointaines qu'en Métropole, ainsi que des déficiences administratives dont les conséquences influent sensiblement sur le coût de l'assistance.

On ne saurait oublier à ce sujet que les D.O.M. situés sous les tropiques présentent peu de points communs avec la Métropole tant en ce qui concerne le climat, que les besoins, la psychologie et le comportement de leur population ».

Poursuivant cet exposé, le Rapport attirait notamment l'attention sur le fait que les dépenses d'assistance présentaient des différences plus que sensibles d'un département à l'autre ; c'est ainsi que les dépenses ont été deux fois plus importantes par habitant en Martinique qu'à la Guadeloupe ; que les soins dentaires dans ce département là ont été jusqu'à trente fois plus importants que dans celui-ci. Au contraire, à la Guadeloupe on remarquait que les abus devenaient particulièrement hors de proportion, en matière d'aide à la famille où ce budget passait de 12 à 540 millions d'anciens francs en 8 ans (1948-1956), ainsi qu'en matière d'aide aux personnes âgées où pendant la même période le budget est passé de 9 millions à 140.

La « consommation médicale excessive » attirait en outre l'attention sur des mémoires médicaux si pléthoriques qu'il était impossible que le nombre de malades portés quotidiennement sur ces mémoires, puissent être correctement soignés. Enfin, la mauvaise gestion hospitalière et un certain laisser-aller administratif, étaient relevés comme causes supplémentaires de dépenses inutiles.

Les rapporteurs en ont tiré des conclusions qui, selon nous, ont le grave défaut de ne pas être en accord avec leurs remarques générales ; en effet, s'il est prouvé qu'il y a eu abus, excès, les enquêteurs ont oublié qu'ils ont pu naître d'un certain nombre de circonstances parmi lesquelles l'état de colonisation ; par exemple, il est certain qu'un maire ou un conseiller général politiseront plus facilement une aide sociale et la dispenseront plus largement si leurs responsabilités ne sont pas en cause, en clair, s'il y a une puissance tutrice qui doit « éponger » les dégâts. Ajoutons que cette puissance tutrice a joué à l'apprenti sorcier en inaugurant elle-même la démagogie politique de l'Aide sociale, qui constitue un moyen facile et efficace de chantage politique vis-à-vis des élus locaux ; notre jugement serait donc dans ces conditions moins

sévère s'il était prouvé que la politique sociale avait été menée de front avec une politique économique, ce qui n'est pas le cas. Dès lors, l'état de corruption morale qui s'est institué était prévisible, et les responsables ne peuvent se décharger de leur part du fardeau.

Toutefois, ces considérations mises à part, quelles sont les réussites de l'A.M.G. et de l'Aide sociale d'une manière générale ? Tout d'abord sur le plan sanitaire, ce fut inconstablement un succès, puisqu'elle a permis à la totalité de la population de se faire soigner, de profiter d'un rudiment d'éducation sanitaire ; les résultats sur le plan de la Santé publique ont été nettement sensibles, tant sur le plan du dépistage d'un grand nombre de maladies, que sur celui de l'éradication et du traitement de plusieurs affections ; sur le plan de la Protection maternelle et infantile, c'est la régression spectaculaire de la mortalité infantile ; si on chiffre donc les résultats en vie humaine et amélioration de santé, il est probable que le bénéfice est net pour la collectivité.

Malheureusement, dans les conditions sus-énumérées, se sont développées simultanément avec la pratique de l'Aide sociale, deux manifestations abusives de la baisse de moralité générale : la perte de dignité du peuple martiniquais, la déchéance morale du corps médical martiniquais.

Dans le premier cas, l'aide médicale a engendré un esprit de mendicité ; tout le monde, riches et pauvres, n'ayant pas eu scrupules à se faire inscrire sur les listes d'assistés ; dans le deuxième cas, c'est la pratique d'une médecine « lucrative » qui remet en cause le respect dû aux médecins qui l'ont bien cherché, en développant d'une manière abusive, visites collectives, prescriptions automatiques et excessives des antibiotiques qui restent des médicaments chers et dangereux. Le succès sanitaire enregistré au début risque fort d'être rendu précaire par une pratique médicale où l'infirmerie a succédé à la médecine, le lucre à la générosité de la mission humaine de la médecine.

La difficulté de l'adaptation de la médecine martiniquaise aux impératifs sociaux, n'est pas en soi un problème nouveau ; on retrouve cette difficulté dans la même école de pensée qui a imprégné les médecins martiniquais, soit l'école française. Néanmoins cette adaptation qui est aussi difficile en France, ne se pose pas dans les mêmes termes, puisqu'il s'agit d'un pays développé ayant déjà atteint un haut niveau social et économique ;

ce qui, pour la médecine française s'appelle aménagement, devient reconversion pour la médecine martiniquaise.

Cette orientation de pensée devait fatalement se répercuter de manière tragique au niveau des différentes organisations sociales et tout particulièrement au niveau de la Protection maternelle et infantile ainsi que de l'hygiène scolaire.

C. — *La Protection maternelle et infantile*

Dans un pays où la croissance démographique est élevée, la P.M.I. revêt une importance qui dépasse de loin sa vocation supposée, à savoir la protection de la santé de la mère et de l'enfant ; ses incidences pratiques vont au delà de ces deux buts immédiats, puisqu'il s'agit non seulement de la sauvegarde du potentiel humain de la collectivité, mais aussi, de l'élévation du niveau sanitaire et social de l'ensemble de la population.

Or, ce service qui devait être l'un des plus importants de la Martinique, trahit ses insuffisances par le manque de personnel et d'équipement social, en même temps qu'un frein puissant est mis à ses activités par la situation faite d'antagonisme qui existe entre la médecine sociale d'une part, et ce qu'il est convenu d'appeler la médecine privée que nous qualifierons plus volontiers de médecine libérale.

Seuls deux médecins assurent un service à plein temps, avec quelques assistantes sociales ; au nom du libéralisme, ces médecins ne peuvent assurer les consultations pré-natales et post-natales dans les villes, où il existe un médecin-résidant à qui incombe le soin de faire ces visites[1]. Mais l'expérience prouve que les visites au dispensaire, par les médecins privés, sont pratiquement sacrifiées au profit de la clientèle privée. Certains maires prétendent avec exemple à l'appui que la clientèle des dispensaires est souvent « débauchée » par le médecin résidant qui l'incite à venir au cabinet où le prix de la consultation sera certainement plus élevée, et aussi la médecine, semble-t-il.

Le résultat d'une pareille pratique est de ne pas permettre aux mères de famille de suivre cette consultation d'une manière suivie, dans la mesure où elle finit par leur revenir chère, en temps perdu et en argent. La surveillance médicale qui avait été prévue par la Collectivité pour protéger nourrissons et mamans, déjà difficile

1. Le même problème se retrouve pour l'hygiène scolaire.

lorsqu'elle est gratuite, devient presque impossible, dans ces conditions. Notre expérience portant sur une enquête établie en 1959 et en 1960, fait que nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec les rapports optimistes des Services officiels de santé qui semblent abusés. Même au centre de la P.M.I. à Fort-de-France où la consultation est gratuite, et la fréquentation assez régulière, le médecin-chef avoue qu'il perd de vue les enfants dès la fin de la 2e année, dans la plupart des cas. Cette situation est donc loin de la situation optimiste décrite par les services officiels et faisant état d'une surveillance jusqu'à 5 et même 6 ans. Les raisons du relâchement de la surveillance ont des causes diverses ; nous avons signalé des causes structurelles, il convient d'y ajouter que la mère de famille travaille dans la plupart des cas, dans les classes socio-économiques défavorisées, même en étant enceinte et près du terme, qu'elle confie volontiers aux grands enfants et aînés de la famille qui ne travaillent pas encore, le soin de mener le petit frère ou la petite sœur à la consultation. Dans ces conditions, et avec des enfants qui méconnaissent la situation diététique des plus petits, il est difficile d'avoir des renseignements dignes de foi, de même que l'on n'a pas un interlocuteur valable à qui confier des conseils.

De plus, à partir de la 2e et 3e année, il est de règle d'abandonner la distribution de lait ou de produits diététiques qui constituent ici bien souvent un stimulant à la fréquentation. Cet abandon à une cause économique (insuffisance de crédit) à laquelle il eût fallu remédier d'autant qu'en France, le même problème se poserait s'il n'y avait le stimulant des prestations.

Malgré ces conditions, la direction des Services de santé fait état pour l'année 1959, de 22.566 consultations pré-natales pour 8.457 consultantes et 3.452 consultations post-natales. Cela fait donc moins de 3 consultations annuelles par consultante, et moins d'une consultation quotidienne dant tout le pays par médecin, en ramenant le nombre de jours ouvrables à 300 dans l'année, et en considérant que sur l'effectif du corps médical, 90 seulement sont susceptibles d'assurer une consultation pré-natale ou post-natale.

L'équipement social fait gravement défaut, et l'absence de crèches (330 places dans 15 crèches) suffisantes ou la marche anormale de toutes celles qui existent, le manque de jardins d'enfants, posent un difficile problème quant aux moyens de protéger les enfants mineurs sans emploi et livrés à eux-mêmes durant l'absence des parents, ainsi que la sauvegarde de la santé des petits de 3 à 5 ou

7 ans qui ne vont pas encore à l'école. Bien souvent, ils sont livrés à la vigilance discutée d'un vieux travailleur retraité du voisinage, dont la location est bien dans des cas fort onéreuse et sans garantie ; souvent, cette surveillance n'est pas sans menace pour la santé des nourrissons (voir page : sous-alimentation) comme nous l'avons déjà vu.

Le problème se pose dans les mêmes termes en ce qui concerne les plus de 10 ans ; ces « teenagers » pour reprendre l'appellation américaine, n'ont pas de Maisons de jeunes, et l'équipement sportif leur fait défaut ; dès lors, c'est la formation de bandes d'enfants vagabonds, premier pas vers la délinquence qui gangrène la Martinique, qui gagne ainsi un souci social de plus, qu'il n'est guère bon d'envier aux pays plus civilisés.

Pour conjurer cette évolution, il resterait encore aux médecins chargés de ces problèmes de se faire seconder par les assistantes sociales ; or, la situation étant ce qu'elle est en ce qui concerne le personnel para-médical et social, il y a peu de chances d'arriver à un résultat.

Pourtant, il existe un semblant de réalisation en ce domaine, puisque dans le département deux foyers existent pour les petits et le plus grands : ce sont notamment le Centre du Lazaret, situé dans le Sud de l'île, dans la circonscription de la commune des Trois-Ilets, d'une part, et le Centre de la Rivière-L'Or. Le premier est réservé aux filles de 1 à 21 ans et aux garçons de 0 à 6 ans,âge à partir duquel ceux-ci sont mutés au Centre de Rivière-L'Or, où ils vivront jusqu'à l'âge de 21 ans et feront l'acquisition d'une formation professionnelle.

Ces centres sont réservés aux enfants confiés à la collectivité par décision judiciaire, ou aux pupilles, tous ceux qui pour une raison ou une autre ne peuvent bénéficier d'un foyer familial. On est donc loin de l'infrastructure sociale normale, et même dans ce cas exceptionnel, il faut reconnaître que ces deux centres sont insuffisants, et que leur équipement gagnerait à être augmenté

Les services de P.M.I. sont donc très insuffisants en regard des besoins justifiés par la démographie martiniquaise.

Plus heureux sont les résultats acquis en matière d'hygiène scolaire.

D. — *L'hygiène scolaire*

Assurée par 4 médecins plein temps, l'hygiène scolaire à la Martinique peut être considérée comme un service satisfaisant. Les services de vaccinations, de contrôle sanitaire et de prévention sont constants[1]. Toutefois, il reste un domaine où il n'a pas encore été possible d'apporter une amélioration : c'est dans le service des cantines scolaires[2]. En effet, celles-ci devraient pouvoir rééquilibrer l'alimentation défectueuse familiale de beaucoup de petits écoliers ; en fait, dépendant des communes, les cantines ne sont pas toujours (et de beaucoup s'en faut) un exemple d'hygiène, et d'équilibre diététique. Pour certains instituteurs, il faudrait y voir un exemple d'intervention politique, la direction et la gestion des cantines étant souvent réservées à des personnes dont le dévouement au maire est bien connu, et qui tirent souvent abusivement argument de cette amitié, pour mettre beaucoup de fantaisie dans l'exercice de leur fonction.

Notons au passage, qu'il en est de même pour les crèches qui sont confiées à des matrones qui ont leurs « idées bien à elles » sur l'hygiène et la diététique infantile, lesquelles laissent le cours à une fantaisie qui frise l'incurie ; toute observation médicale est nulle et non avenue, ce personnel estimant n'avoir d'ordre à recevoir que de « Monsieur le Maire ». La dépolitisation de ces services d'intérêt public devient d'une urgente nécessité, et il serait souhaitable que les responsables en prennent conscience, d'autant qu'il n'est de bonne politique que celle qui répond aux intérêts de la majorité.

Enfin une remarque, il n'a pas été possible de recruter des médecins à plein temps pour l'hygiène scolaire sur place, et il a fallu les faire venir de Métropole ; il convient cependant d'ajouter qu'il n'est pas prouvé que la rémunération serait la même, s'il s'agissait de médecins locaux.

4. L'hygiène sociale et l'hygiène publique

« Il existe une relation entre l'évacuation des excréta et l'état de santé d'une population, et l'amélioration des conditions d'hy-

1. Le Dr Monlouis dans son rapport sur l'Alimentation des enfants (juill. 1961) rappelle que dans certaines communes, la vaccination et le contrôle médical ne sont pas faits.
2. Le Dr Auban, note que beaucoup d'écoles, laissent à désirer, du point de vue sanitaire, insuffisance des W. C. en particulier.

giène crée dans cette population un état de bien-être favorable au développement social » (Wagner et Lanoix).

Cette constatation trouve à la Martinique un champ d'application très vaste, car parmi les problèmes sanitaires les plus préoccupants, les problèmes d'hygiène occupent ici une place de choix.

Que ce soit au niveau de l'habitat, au sein de la famille à l'échelon individuel ou collectif, dans la cité ou en milieu rural, les problèmes d'hygiène à la Martinique revêtent des caractères de menace constante pour la santé de l'individu, et réduisent la portée des résultats obtenus par ailleurs sur le plan médical ou technique.

La santé publique est menacée par les conditions de la vie en milieu urbain, et la ville de Fort-de-France est un exemple de foyers épidémiologiques perpétuels au vu et au su de tout le monde. En milieu rural les conditions sont moins graves, mais le coefficient de morbidité reste le même, étant donné l'absence d'éducation de base, susceptible de dresser des barrières à l'infection.

L'insuffisance des systèmes d'adduction d'eau au milieu rural, favorise les parasitoses utilisant la voie de pénétration que constitue l'eau de boisson, tandis qu'en milieu urbain, l'hygiène défectueuse de certaines stations de captation, favorise l'endémicité typhique et paratyphique (une moyenne de 200 cas par an déclarés).

Enfin certaines coutumes hygiéniques de la population, dues dans la plupart des cas à des causes économiques, comme le fait de marcher pieds nus, ou à la méconnaissance de certains dangers, comme de se baigner dans les rivières polluées, sont responsables de la diffusion de la maladie sous toutes ses formes.

Ces considérations seront objectivées par une étude plus détaillée des conditions de l'hygiène sociale, au niveau individuel et familial, au niveau collectif en milieu urbain et rural. Nous aborderons successivement l'étude de l'habitat et des conditions de vie d'une part, la lutte antivénérienne, anti-lépreuse et anti-tuberculeuse d'autre part. Nous ne traiterons pas ici, la Protection maternelle et infantile qui a déjà été envisagée dans un autre cadre ainsi que l'hygiène scolaire.

Par ailleurs, les problèmes de l'hygiène publique retiendront notre attention d'une façon plus soutenue, car ils constituent les problèmes sanitaires les plus graves et les plus onéreux à résoudre, car nécessitant des investissements publics assez considérables.

Nous envisagerons successivement :

— les problèmes de l'évacuation des excréta et des ordures ménagères (voirie et assainissement),

— la situation en eau potable,

— l'hygiène alimentaire :

— viandes,

— poissons,

— produits laitiers pour citer les plus préoccupants.

A. — *L'habitat*

L'habitat à la Martinique ne répond pas dans son ensemble aux normes exigées par le bien-être des populations, et la sauvegarde de la santé physique et morale des enfants.

Aussi bien en milieu urbain que rural, il revêt des formes vétustes, ou inadaptées à la vie intérieure ; dans la plupart des cas, la conception qui a prédominé a été de faire un simple abri pour se garer des intempéries naturelles. La case martiniquaise héritée des coutumes africaines ancestrales, rééditée du temps de l'esclavage dans les fameuses « habitations » (exploitations sucrières) se compose classiquement de deux parties, une première consacrée à la vie active, pour salle de réunion, salle à manger, lieu du petit déjeuner, avec dans un coin, un âtre constitué par trois grosses pierres qui servent à supporter les ustensiles de cuisines sur le feu. Quelquefois, si la famille est déjà assez pourvue financièrement, un petit réchaud à charbon de bois, ou à alcool, ou à gaz de kérosène sous pression. Ce coin est donc la cuisine dans sa forme la plus primitive[1].

Une table de bois blanc équerri, quelques bancs ou chaises, voilà l'ensemble du mobilier avec un sol en terre battue ; la chambre est la seconde pièce séparée de la première, par une cloison et une ouverture fermant rarement, tenant lieu de passage. Dans certains cas, la chambre est pourvue d'une porte latérale ouvrant en arrière, et d'une minuscule fenêtre à bascule en bois plein. Celle de la salle commune est faite sur le même principe, mais elle est de dimensions plus grandes.

Le sol de la chambre est souvent constitué par un « plancher » fait de planches disjointes mais régulièrement disposées, sur lesquelles les enfants feront leur lit, constitué par du vieux linge, ou par une paillasse formée de feuilles de bananes sèches ou de graminées séchées, enfermées dans des toiles de jute.

1. Par beau temps, l'âtre est transporté à l'extérieur.

Ces paillasses sont étendues à même le sol, à l'opposé des parents qui ont toujours un lit, avec ou sans matelas ; une commode ou une malle à linge, tient lieu de mobilier de la chambre. Les paillasses sont des nids de parasites de toutes sortes, puces et punaises en particulier, qui sont des hôtes vecteurs de maladies.

Le toit est de chaume (paille de canne à sucre tressée) et les cloisons extérieures de lianes tressées oblitérées par de la bouse de vache. Un terre-plein autour de la case, empêche l'eau d'y pénétrer par différence de niveau.

La surface de cette case ne dépase pas dans les cas les plus optimistes, 32 mètres carrés ; en fait la surface moyenne est de 20 mètres carrés. Ce type de case sera retrouvé sur le littoral, en milieu rural et dans les villages de pêcheurs surtout (Tartane, la Caravelle, le Vauclin), certains villages de l'intérieur, et autour des habitations, qui sont comme nous l'avons vu les unités d'exploitation sucrière.

Depuis la fin de la guerre, la tendance s'est orientée vers l'usage d'autres matériaux, en particulier de la tôle ondulée et des planches. L'évolution vers la maison en dur reste un rêve de beaucoup de Martiniquais, mais beaucoup se contentent de la maison martiniquaise de campagne, élégante, avec une véranda en jetée et fondations en dur, toit de tôle ou de fibro-ciment, cuisine nettement individualisée, et sanitaire moderne. Cependant cette forme reste quand même assez peu vulgarisée, et la maison en toit de tôles, et en planches, reste la généralité.

En 1960, les services d'urbanisme ont recensé 5.367 logements, ayant une surface moyenne de 20 mètres carrés : 59% de 15 à 40 mètres carrés. On notait d'autre part que seulement 26,9% de la population jouissait d'un logement où une surface de 5 mètres carrés était disponible par personne.

Enfin, d'après la nature des matériaux employés, on distinguait 16% en dur, 37,6% en matériaux mixtes (dont 848 en excellent état), 37,6% en bois (dont 607 en bon état).

TABLEAU I

Nombre de logements occupés	Construction en dur	Construction mixte	Construction en bois
5.367	16,9%	37,6%	37,6%

TABLEAU II

Propriétaires Totaux	Propriétaires murs non du terrain	Logés gratuits	Locataires
46,2%	17,3%	8,8%	27%

TABLEAU III

Logement + Electricité	Eau + Electricité	Ni eau, ni électricité
19,6%	12,5%	30%

On remarquera que les sanitaires n'existent pas dans la quasi-totalité des cas, et on peut chiffrer à 20% à peine les locaux d'habitation jouissant de W-C. A la campagne, les adultes utilisent soit le seau hygiénique ou le pot en terre haut de 40 cm environ tandis que les enfants défèquent au hasard du moment et des lieux : en ville, dans les latrines collectives, ou tout simplement dans certains jardins publics, à la faveur de la nuit, vue l'insuffisance de l'équipement collectif. Les cafés jouissant de toilettes convenables, n'existant que très peu, il y a très peu de solutions pour les individus.

Si on considère que la famille de 5 enfants est une moyenne à la Martinique, on se rend compte par le même biais, de la promiscuité qui peut résulter de l'entassement des individus sur une surface de 20 m^2.

Ces conditions s'aggravent d'un certain nombre de mauvaises habitudes hygiéniques ; en effet, les enfants ne se lavent que rarement les mains avant de passer à table pour manger, et l'occasion nous a été donnée de voir la vaisselle faite avec des eaux polluées.

Cependant de l'aveu même du Dr Auban dans son rapport sanitaire (février 1961 - Mission Vellas) l'hygiène corporelle est paradoxalement maintenue et la propreté méticuleuse de la plupart des cases reste un sujet d'étonnement.

L'évacuation des eaux usées et des excretas reste un problème mal résolu au niveau individuel à la Martinique ; à la campagne,

deux solutions sont couramment admises ; ou la fosse septique creusée à même le sol d'une profondeur de 1 m à 1,50 m sur 1 m² de surface de section, ou l'utilisation du ruisseau du coin, comme véhicule évacuateur de l'effluent. La fosse est concevable dans les familles où on dispose en arrière de la maison d'un bout de terrain assez grand pour disposer une telle fosse dont les exhalaisons ne seront d'aucune gêne pour la vie domestique. Ces fosses évidemment sont des sources d'infection et de diffusion de l'infection, en attirant mouches et rongeurs qui la propageront ; en ville, la coutume est de déverser l'effluent soit à la mer, soit dans les canalisations (ciel ouvert) qui collectent les eaux usées et les eaux de pluie. L'eau de vaisselle familiale, est en général déversée aux abords de la maison à la campagne. Voici donc les conditions de la vie familiale et l'on comprend d'après ce qui précède qu'elles puissent avoir une répercussion sur l'hygiène et la santé publiques.

B. — *Lutte anti-lépreuse, anti-vénérienne et anti-tuberculeuse*

Sur le plan de l'hygiène sociale, trois fléaux restent préoccupants : la lèpre, la tuberculose, la syphilis.

Tous trois font l'objet d'une campagne d'éradication qui porte ses fruits bien que les résultats restent dans bien des cas, décevants. Nous avons déjà vu à propos de la tuberculose, que cette maladie revêtait la même importance qu'en France si l'on comparait les taux de porteurs de lésions découverts au cours des examens systématiques (4 pour 1.000). Le problème tuberculeux reste avant tout un problème de mieux-être social, les conditions sanitaires et physiologiques étant ce qu'elles sont actuellement tant sur le plan individuel que collectif.

Le parasitisme intense, la mauvaise hygiène de la vie familiale du fait d'un habitat qui ne répond pas toujours aux normes d'une vie salubre, la promiscuité qui en résulte, la mauvaise hygiène alimentaire, sont autant de facteurs qui freineront le progrès de l'éradication de la tuberculose à la Martinique. Actuellement, malgré un budget de plus en plus important affecté au programme de lutte anti-tuberculeuse (191.000 NF en 1957, 201.000 NF en 1958, 278.000 NF en 1959) cette maladie marque un état stationnaire, avec des signes de régression plus ou moins accusés. Quoi qu'il en soit, elle reste la maladie qui affecte la plus grosse partie des dépenses-maladies à la Sécurité sociale en 1960. Cepen-

dant cette amélioration stationnaire de la tuberculose risque d'avoir des incidences heureuses sur l'éradication de la lèpre, du fait des réactions d'immunité croisée entre ces deux maladies.

L'expérience prouve, si l'on en croit les léprologues et parmi eux le Dr E. Montestruc, directeur de l'Institut Pasteur à Fort-de-France, Chef du Service de léprologie, que l'extension de la tuberculose a pour conséquences une régression de l'endémicité lépreuse. Cette endémicité sévit particulièrement au Sud de la Martinique, dans la région des Anses d'Arlet, des Trois-Ilets, qui comptent beaucoup de porteurs de lésions lépromateuses (Rapport Auban). La région du Morne des Esses, serait elle aussi, un foyer d'endémicité dont on n'est pas parvenu jusqu'à maintenant à déterminer les causes exactes.

En effet, la lutte anti-lépreuse pose un problème pathologique qui est de savoir quelles sont les conditions de transmission du *Mycobactérium lepræ*, car ni la promiscuité, ni les facteurs familiaux, ne donnent une explication suffisante de l'origine de plusieurs cas de lèpre.

Dans son Rapport de 1960, le Dr Montestruc, fait ressortir d'une part le grand pourcentage d'atteintes probables des écoliers des deux sexes, la relative résistance de la femme à l'infection lépreuse (bien que le nombre de femmes atteintes en 26 ans sur 2.305 malades, soit sensiblement égal au nombre d'hommes) l'extrême rareté des lèpres familiales (en 26 ans, 3 cas de lèpre conjugal) et l'impossibilité dans 77,7% des cas (314 malades de moins de 20 ans au cours des 6 dernières années) de retrouver une origine infectieuse.

Poursuivant son exposé, le Dr Montestruc fait ressortir « que les écoliers mis à part, ce sont les professions pour lesquelles les contacts sont les moins fréquents, agriculteurs et marins-pêcheurs, où on retrouve le plus fort pourcentage de sujets atteints. Aussi bien ce n'est pas au bourg que se recrutent le plus grand nombre de nouveaux malades, mais dans les quartiers isolés.

Tous ces faits prouvent en fin de compte que la promiscuité n'a pas joué un rôle essentiel et de premier plan. Car la prosmiscuité, si elle favorise la contagion est aussi responsable de contaminations paucibacillaires se traduisant par une réaction de *Mitsuda positive* plus élevée chez les contacts de lépreux que chez les non-contacts, imprégnation procurant une certaine résistance spécifique lorsqu'il s'agit du M. Leprae, para-spécifique lorsqu'il s'agit du B. de Koch,

résistance renforcée probablement lorsqu'il s'agit d'une imprégnation mixte. Et on s'aperçoit aussitôt de l'analogie existant, dans ce domaine, entre la lèpre et la tuberculose, de sorte qu'on a pu dire qu'il s'agissait de maladies antagoniques et que la disparition de la lèpre dans certains pays était le résultat de l'expansion de la tuberculose plus facilement extensible, et le fait est que, si on voit des lépreux devenir tuberculeux, l'inverse est infiniment plus rare » (E. Montestruc, *Archives de l'Institut Pasteur*, Martinique, 1961).

On voit que les interrelations nosologiques entre la tuberculose et la lèpre, pourront éventuellement intervenir comme moyen d'action médico-sociale, puisqu'il est prouvé en particulier que l'on peut enrayer l'endémicité lépreuse par la vaccination au B.C.G.

C. — *Lutte contre la tuberculose* (1960)

Les chiffres du tableau suivant, comparables entre eux, donnent une idée de l'importance de l'endémie tuberculeuse dans le département.

Années	Cas déclarés		Décès	
	Nombre	Taux pour[1] 100.000 h.	Nombre	Taux pour[1] 100.000 h.
1954.....	234	97	91	38
1955.....	215	86	99	40,2
1956.....	191	75	106	41,8
1957.....	215	83	96	37
1958.....	271	101	108	40,3
1959.....	225	82	76	27,5
1960.....	190	67	92	32,4

N. B. — Les consultations de dépistage ont lieu :

- soit au dispensaire « Calmette », géré par la « Société d'Hygiène et de Prophylaxie de la Martinique », pour Fort-de-France ;
- soit dans les dispensaires du Service Départemental d'Hygiène sociale ;
- soit à la consultation externe du Sanatorium du Carbet.

1. Les taux sont calculés par rapport à la population évaluée au 1er juillet de chaque année.

D. — *Dépistage systématique dans les collectivités*

Années	Nombre de sujets examinés	Nombre de cas dépistés	Pourcentage
1956.....	757	6	0,79
1957.....	13.991	3	0,02
1958.....	12.332	18	0,14
1959.....	6.610	54	0,81
1960.....	16.694	47	0,28

Les nombres de cas de tuberculose pulmonaire dépistés conjointement par tous les organismes de prévention susindiqués ont été les suivants au cours des dernières années :

Années	Nombre de sujets examinés	Nombre de cas dépistés	Pourcentage
1954.....	15.356	427	2,7
1955.....	16.562	458	2,8
1956.....	21.984	539	2,4
1957.....	34.131	350	1,0
1958.....	33.336	481	1,4
1959.....	26.468	387	1,5
1960.....	41.883	345	0,8

a) *Dispensaire Calmette, à Fort-de-France*

Années	Nombre de séances de consultations	Nombre de consultants			Nombre de cas dépistés		
		Dépistage systématique	Autres	Total	Dépistage systématique	Autres	Total
1954	189	—	—	9.850	—	—	—
1955	161	—	—	7.310	—	—	—
1956	234	9.354	1.729	11.083	95	247	342
1957	198	6.657	2.184	8.841	26	91	117
1958	245	—	—	11–565	35	144	179
1959	211	7.231	1.872	9.109	17	33	50
1960	340	12.022	3.336	15.358	49	85	134

b) *Consultations du Service départemental d'hygiène sociale*

Années	Nombre de séances de consultations	Nombre de consultants			Nombre de cas dépistés		
		Dépistage systématique	Autres	Total	Dépistage systématique	Autres	Total
1954	122			5.506			
1955	214	—	—	8.802	—	—	—
1956	218	—	—	9.320	—	—	168
1957	282	—	—	10.437	—	—	204
1958	216	—	—	7.924	—	—	281
1959	220	7.443	2.117	9.560	60	220	280
1960	224	6.018	2.033	8.051	69	75	144

c) *Consultations externes du Sanatorium du Carbet*

Années	Nombre de séances de consultations	Nombre de consultants			Nombre de cas dépistés		
		Dépistage systématique	Autres	Total	Dépistage systématique	Autres	Total
1955	51			450	—	—	-
1956	52	55	772	827	—	—	
1957	52	26	836	862	—	—	
1958	50	—	—	919	—	—	
1959	50	361	829	1.190	0	3	
1960	50	370	1.410	1.780	0	20	

E. — *Lutte anti-vénérienne*

Sur le plan vénérien, la capitale martiniquaise a été durant une époque, la rivale de Singapour, comme port d'endémicité syphilitique, en même temps que comme centre de transit du trafic international de la drogue. Actuellement, les sévères mesures prises depuis plus de dix ans pour la lutte anti-vénérienne ont diminué de manière considérable le nombre de porteurs de tréponèmes, et les malades nouveaux déclarés ont diminué constamment jusqu'en 1956. A partir de cette époque, une sensible recrudescence des chancres a été notée, et en 1959, on notait 1.673 malades en traitement, et 42 cas nouveaux de syphilis.

Cette recrudescence d'après les praticiens de Fort-de-France a revêtu depuis 1960, une poussée encore plus nette, et l'apparition

de la prostitution liée aux entrées plus fréquentes de navires de guerre dans la rade, la situation économique de plus en plus préoccupante, peuvent être considérées, comme des facteurs adjuvants d'extension de la maladie vénérienne qui est encore plus développée dans les autres îles des Caraïbes, en particulier à Trinidat, Saint-Vincent, Dominique, etc.

La pratique d'importation de travailleurs agricoles en provenance des îles anglaises, dont le contrôle médical est mal assuré peut aussi intervenir comme autre facteur. En définitive, il semble que la recrudescence vénérienne est le tribut payé par le développement des relations intercaraïbes, d'une part, le développement des mouvements de population à la Martinique même, et entre la Martinique et les pays continentaux d'autre part.

On doit signaler la relative localisation des foyers à Fort-de-France qui agit comme centre de diffusion, et surtout la centralisation dans certains quartiers populeux : Sainte-Thérèse, le Morne Pichevin, Terres Sainville, etc. Ces caractères sont utiles pour une lutte appropriée contre le péril vénérien.

5. La voirie et l'assainissement

Ce secteur particulier de l'hygième publique est sans conteste celui qui est le plus préoccupant de ce pays ; il est responsable de la laideur des villes de la Martinique, et de la malpropreté des rues ; pour qui connaît les cités des Caraïbes autres que françaises, on est frappé de la différence nette qui existe entre les villes à influence anglo-saxonne, et celles de la Martinique ou de la Guadeloupe. La similitude des races et des climats exclut la possibilité d'une explication basée sur un contexte racial ou climatique. Il faut la rechercher d'abord au niveau administratif, et plus particulièrement des édiles.

Fort-de-France, la capitale tient ici encore la vedette avec le record des nids de propagation épidémiologique ; on peut citer en passant, la mauvaise hygiène des marchés publics, les eaux croupissantes des rues défoncées, les trous des chaussées qui sont les causes d'accidents journaliers (fractures, entorses) le mauvais éclairage des rues, la mauvaise voirie municipale, en général, et la rivière Levassor. Pour qui connaît Fort-de-France, cette rivière est le supplice matinal de ceux qui doivent franchir le pont qui

l'enjambe, pour aller à leur travail. En effet, toute la population riveraine y rejette ses eaux usées et les industries périphériques (brasseries, fabrique de limonade, abattoir municipal, marchés aux poissons, fabrique de liqueurs, etc.) y évacuent leurs sous-produits sans traitement préalable.

Cette rivière a une longueur de 1.000 m avant de se jeter à la Mer, et n'offre qu'une largeur de 20 m maximum, de sorte que la surface totale ainsi offerte à l'oxydation de l'effluent est très nettement insuffisante, d'où une putréfaction qui se manifeste par une couleur noirâtre et des émanations d'hydrogène sulfuré. Si l'on ajoute que les enfants riverains des bidons-villes viennent y jouer, on mesurera le danger permanent du Levassor. Aussi, toute politique d'assainissement devra compter d'abord avec un assainissement du Levassor, et d'autre part avec le problème que pose l'effluent pluvial ; il tombe en effet une moyenne de 1.700 cm d'eau sur la ville de Fort-de-France, et au cours du mois d'août, les pluies torrentielles, en dix minutes à peine, recouvrent rues et trottoirs d'une épaisse couche d'eau, qui ne peut s'évacuer par les caniveaux profonds situés en bordure des trottoirs, qui n'ont pour toutes fonctions semble-t-il que celui de provoquer des fractures de jambes chez les citoyens.

Cette constante se retrouve dans les autres communes de l'île mise à part, la profondeur des caniveaux. Chaque cité de la Martinique a son Levassor miniature, plus ou moins fétide, mais il existe. Quelques communes néanmoins, telle la ville de Trinité, ont apporté un correctif plus salubre, en dallant et cimentant le fond des ruisseaux chargés d'évacuer les effluents, avec de place en place des regards de visite et de contrôle, qui constituent un embryon de système égouttier.

La voirie municipale a fait des progrès plus considérables avec le développement de la mécanisation et des voitures-bennes ; le système Gandillon d'aspiration pneumatique, a été même introduit à Fort-de-France, réalisant un circuit en vase clos, qui donne satisfaction.

Par contre, le devenir des ordures ménagères, n'a pas encore été résolu, et actuellement, on s'était contenté à Fort-de-France de gagner du terrain sur la mer en y déversant sans contrôle les ordures ménagères à la Pointe Simon, et du côté de la Pointe des Nègres. Le même système est pratiqué dans les autres communes, combiné avec une incinération à l'air libre qui avait le désagréable effet

d'inonder de fumée l'agglomération adjacente. Avec le développement des cités, et par conséquent du tonnage de plus en plus grand des ordures, cette méthode ne donne pas entièrement satisfaction, et il convient de rechercher d'autres moyens, d'autant que le compostage à l'air libre est relativement près du centre de la ville et attire les rongeurs, qui deviennent de plus en plus un danger public.

A Fort-de-France on a prévu le tout à l'égoût, mais dans cette attente, les effluents sont déversés dans la mer qui n'a pas de marée qui puisse refluer vers les plages et la côte, les détritus ménagers. Dans les communes littorales, on adopte le même principe avec plus ou moins de « fortune » ; sur certaines plages, les baigneurs fort incommodés ont émis des protestations, ce qui indique que là aussi, il faudra revoir le problème.

6. Le problème de l'eau

L'eau première préoccupation en milieu tropical, a fait l'objet de travaux considérables à la Martinique, et actuellement quand la dernière tranche des travaux (financés par un prêt de Fond Européen de Développement Economique) de l'aménagement de la rivière Blanche au centre de l'île sera terminée, les deux tiers de la Martinique disposeront de l'eau potable courante au moins à la borne fontaine municipale.

Cette réalisation due au Syndicat des maires de la Martinique est venue unifier et compléter le système d'eau potable existant déjà pour bon nombre de municipalités. C'est ainsi que la ville de Trinité était déjà alimentée par une station propre, située en contrebas des pitons du Carbet, mais qui était insuffisante pour alimenter le hameau de Tartane dépendant de cette commune. Il en est de même du Robert, du François, qui chacune avait résolu les problèmes de l'alimentation en eau potable, et d'adduction avec les moyens du bord. Pour d'autres communes, en particulier celles du Sud : Vauclin, Marin, Rivière-Salée, Sainte-Anne, Diamant, Anses d'Arlet, etc. ce problème était vital et très préoccupant.

Mais si le problème est ou sera résolu en milieu urbain, il n'est pas prêt de l'être en milieu rural, dont les zones d'accès difficile, et montagneux (l'écrasante majorité), méritent une attention particulière, et des solutions originales. C'est dans ce milieu en parti-

culier, que s'exercent les ravages des maladies d'origine hydrique. On prend son eau dans les sources ou les mares, eau qui est un repaire de miasmes et bactéries de toutes sortes. Mais si ces populations ont pu acquérir à la longue, une immunité biologique ces conditions ne sont toutefois pas faites pour développer leur mieux-être. Il est à signaler, une coutume de conservation de l'eau potable, d'ailleurs assez généralisée à la Martinique, qui est l'usage des « gargoulettes » et autres « jarres » en terre cuite, qui ont la double propriété de maintenir l'eau fraîche, mais aussi *d'adsorber* les particules biologiques en suspension par leurs parois poreuses. Ces récipients agiraient comme de véritables filtres physiques. Nous ne porterons pas de jugement, n'ayant pu vérifier scientifiquement le fait ; il est à signaler néanmoins, ainsi que le fait que la coutume y associe toujours un morceau de soufre qui est déposé au fond du récipient, preuve d'une certaine éducation sanitaire.

7. L'hygiène alimentaire et le péril murin

L'hygiène des aliments n'est pas réalisée à la Martinique, et trois problèmes dans ce domaine sont particulièrement préoccupants : celui de l'abattage des animaux, du contrôle sanitaire des boucheries et abattoirs, des marchés aux poissons, des produits laitiers.

Une raison explique cette carence, c'est avant tout l'insuffisance des services vétérinaires, la mauvaise organisation des circuits de distribution en matière de viande et de produits alimentaires d'une manière générale.

La seule ville où un contrôle vétérinaire s'effectue — et encore ! — c'est Fort-de-France ; mais les conditions de l'abattage restent un amalgame de non-sens hygiéniques ; l'abattoir de Fort-de-France se trouve en bordure du Levassor, n'a pas de procédé de réfrigération pour le stockage éventuel des bêtes abattues, et la mécanisation y est pratiquement inexistante. Les conditions de propreté requises ne sont pas réunies, et le transport des viandes se fait pratiquement à l'air libre sans aucun conditionnement jusqu'au marché.

La vente se fait à l'étal, et il n'existe que rarement des armoires frigorifiques chez le boucher en ville, encore qu'un effort ait été enregistré ces dernières années dans la capitale. Quant à la campagne, c'est l'anarchie complète. En plus de l'abattage clandestin en

famille, il faut ajouter que le « dépeceur » de campagne, considère que sa position est régularisée du moment qu'il a payé la « tête de la bête » sorte de taxe versée aux services des contributions. L'animal peut être tuberculeux, être déjà entré en décomposition (c'est le cas notamment du mouton ou du bœuf étranglé dans la journée et découvert à 19 heures) la vente est libre, et rien ne peut protéger la population. Dans ces cas, c'est l'intoxication alimentaire qui atteint tout le hameau, et quelquefois, se termine par une ou plusieurs hospitalisations. Mais le fait est considéré comme courant, et on n'y attache pas beaucoup d'importance. Des dispositions législatives ont été prévues, mais elles ne sont que rarement appliquées, le personnel de contrôle manquant.

Les marchés aux poissons, c'est l'enfer de l'hygiéniste, de la ménagère, du législateur. En plus des conditions humaines inhérentes à ce métier qui semble vouer les clients éventuels à subir la bordée d'injures traditionnelle, ici, le fait s'aggrave par la commercialisation dans des conditions inimaginables, de poissons qui dans la majorité des cas, ne sont pas frais. Les prix sont élevés, la garantie est nulle, l'hygiène absente, les possibilités de propagation infectieuse illimitées.

La cause appartient ici au mauvais conditionnement du transport des poissons en pays chaud, de l'individualisme de l'artisan pêcheur, de l'absence d'un marché convenable.

Enfin, troisième problème de taille, et d'importance sociale considérable, les produits laitiers. Si un contrôle d'urgence devait avoir lieu, c'est bien sur ces produits qu'il devrait porter, du fait de leur insuffisance, de leur importance dans l'alimentation des jeunes, du péril constant qu'ils font planer sur la santé publique, des marges considérables qui sont laissées à la fraude.

Dans une étude menée en 1959, nous avions évalué à 10.000 litres maximum, la quantité de lait commercialisé à la Martinique ; sur ces 10.000 litres, il fallait compter un déchet journalier de 100 litres environ qui était jeté, soit parce que gâté, soit parce qu'il y avait mévente, ce qui peut paraître extraordinaire.

Les conditions du ramassage du lait, sont déjà aberrantes pour un pays chaud, puisque, celui-ci s'effectue au plus tôt à 5 heures du matin, heure du début ; ce qui nous ramène à une commercialisation débutant à 10 heures en ville, heure à laquelle, le soleil est déjà haut et la chaleur intense.

Le transport se fait dans des bidons comme dans les fermes en

France avec bouchons hermétiques, mais tous les laits reçus — surtout les petites quantités — sont mélangés sans discernement, et la possibilité d'un contrôle est écartée du coup, puisqu'il n'y n'y a pas prélèvement d'échantillon. Si le transporteur est consciencieux, les risques sont diminués par le fait qu'il fait bouillir le lait avant de le livrer à la consommation, et dans certains cas, il filtre tout lait qu'il considère comme suspect, et fait analyser le dépôt. C'est ainsi que des laits porteurs de germes staphylococciques ont pu être reconnus, mais pour un qui le fait, c'est la quasi-totalité qui le néglige.

Rappelons qu'en Europe, et particulièrement en Suisse, pays montagneux et froid, le ramassage est pratiquement terminé en été à 5 heures du matin, et que le conditionnement du lait se fait en usine avec le contrôle de rigueur.

Mais la description que nous venons de faire reflète le cas normal ; dans d'autres cas, au niveau de la production, les fraudeurs n'hésitent pas à « renforcer » la teneur en matières grasses de leur lait, du moins en apparence, en y ajoutant un peu d'argile dite ici avec une certaine prédestination, « terre grasse » ; cette addition a pour effet de donner à ce lait la coloration jaune d'or remarquable des laits riches, mais en fait, c'est la teneur en microbes qui est augmentée.

D'une manière générale, le lait est toujours plus ou moins « baptisé » terme qui ici, signifie que l'on augmente le volume en eau potable dans le meilleur des cas, ou d'eau de noix de coco, fait que nous avons vu.

Signalons enfin, dans certaines fermes modèles, où la traite n'est pas faite à la main, que c'est la désinfection du matériel qui laisse à désirer. Il est compréhensible dès lors, que la population se méfie du lait de vache commercialisé à la Martinique, et lui préfère le lait d'importation. D'autres expériences portant sur la reconstitution du lait sec, peuvent être considérées en l'état, comme un échec ; nous n'avons pas pu visiter tous les centres, mais si nous nous fondons sur le lait distribué à l'Hôpital Clarac, disons tout de suite que sa qualité nutritive est douteuse, la quantité d'eau dépassant les normes.

Un début d'utilisation du lait et de ses sous-produits est actuellement réalisé, par la fabrication des yaourts suivant des normes hygiéniques admissibles ; il est à souhaiter que ce soit un départ de bon augure, car il y a incontestablement ici, un péril sanitaire d'une extrême gravité.

Un autre péril lié à l'hygiène alimentaire, c'est le péril mûrin ; étant donné les conditions de la voirie, du compostage des ordures ménagères, de la situation de l'assainissement en général, on comprend qu'il y ait un péril mûrin. Les rats pullulent à la Martinique, où non contents d'exercer des ravages considérables au niveau domestique et industriel (champ de cannes à sucre) ils sont les vecteurs en puissance de toutes les maladies pestilentielles que la situation de Fort-de-France, en temps que port fréquenté par les grandes lignes internationales, favorise à bien des égards.

Les campagnes de dératisation menées jusqu'ici, ont tué à la campagne plus d'animaux domestiques et intoxiqué plus d'habitants que de rats, prétend-on ; si cette opinion est quelque peu exagérée il convient d'en retenir l'esprit, car, il est de fait que la dératisation quelle que soit son intensité, ne viendra pas à bout de ces rongeurs, si les conditions de pullulation sont réunies, à savoir le mauvais assainissement, la mauvaise hygiène générale de la commercialisation, et des lieux de commercialisation des denrées alimentaires.

On peut se rendre compte qu'il ne s'agit pas ici, de rigueurs climatiques qui peuvent excuser cette situation, d'autant qu'on a tôt fait, pour excuser un certain attentisme, d'incriminer le climat, les hommes, etc. Tous ces problèmes se placent avant tout dans un contexte de sous-développement général, générateur d'atonie et d'apathie du plus grand nombre.

8. Le coût de la santé a la martinique

Si l'on estime le revenu national martiniquais à environ 30 milliards[1] d'anciens francs par an, on est frappé par la proportion qui va au maintien de la santé par le canal des diverses organisations d'assistance. C'est ainsi que l'on peut remarquer que la somme des budgets de l'Aide sociale et de la Sécurité sociale représente actuellement la somme de 6 milliards par an, soit l'équivalent de 20% du revenu national annuel qui sont ainsi consacrés au relèvement du niveau de vie et à l'amélioration des conditions sanitaires.

1. Un économiste a chiffré ce revenu à 36 milliards. Il nous semble que dans l'évolution on n'a pas assez tenu compte des transferts de capitaux et de biens de Métropole à la Martinique.

Si l'on rapporte cette somme à l'ensemble de la population (sur la base de 300.000 individus) on arrive à la charge annuelle de 20.000 francs par personne effectivement versée à la collectivité ; nous avons déjà signalé les charges écrasantes supportées par le contribuable martiniquais pour la seule aide sociale (9.443 francs par an et par personne). Le paradoxe de cette situation absurde est de placer la Martinique en tête des pays consacrant une part importante de leur revenu à l'amélioration de la santé publique, et en particulier avant la France puisque ce dernier pays ne consacre que 15.000 francs par personne et par an à la santé publique, 17.584 francs en comptant (très largement) l'Aide sociale.

En fait, l'Etat français supportant 60% du budget d'Aide sociale, la partie effectivement supportée par la population est plus restreinte ; comme nous l'avons vu aussi, la masse de contribuables ayant une activité constante est assez restreinte, c'est dire qu'une minorité est écrasée par ces charges ; néanmoins, l'analyse montre que c'est encore le travailleur agricole qui paie le plus, non seulement par les cotisations de Sécurité sociale qu'il ne peut récupérer que rarement sous forme de prestations, mais aussi par une large contribution aux impôts indirects qui servent à alimenter les caisses d'Aide sociale, puisque les producteurs et commerçants répercutent sur leurs prix les taxes communales et départementales qui leur sont imposées au titre de ce budget.

Sur le plan des maladies, c'est la tuberculose qui en 1960, a occasionné le plus de dépenses à la collectivité ; nous en avons déjà vu l'association avec l'alcoolisme qui intervient ici directement ; cette affection pour sa part est en grande partie responsable des dépenses d'hygiène mentale que l'on peut chiffrer environ 300.000.000 de francs par an ; enfin, le mauvais état sanitaire et physiologique d'une grande partie de la population (Anses d'Arlet, Volga-plage, Magasin-zéline, Rue Paille etc.) est responsable d'une morbidité qui intervient pour une part non négligeable dans les maladies de carence, les diarrhées et gastro-entérites du nourrisson, des frais considérables d'hospitalisation et de pharmacie (260.000.000 de francs environ).

Enfin, la collectivité est intervenue pour des frais d'honoraires médicaux dépassant 1 milliard et demi d'anciens francs, ce qui, ramené au nombre de médecins de la Martinique, fait que chaque médecin a touché en moyenne de la collectivité (non compris ses

honoraires dans le privé) une somme équivalente à 10 millions de francs ; si nous considérons que cette somme totale sus-mentionnée embrasse les dépenses de dentisterie et de pharmacie, nous arrivevons à un correctif de 6.000.000 de francs par an touché en moyenne par médecin. Ce chiffre laisse rêveur et fait comprendre les difficultés du problème medical à la Martinique. Rappelons que ces statistiques sont fournies par l'I.N.S.E.E. et le Rapport d'Information du Sénat.

En dernier lieu, par le calcul de l'occupation moyenne des lits officiellement déclarés dans l'année (voir p. 48), on découvre que pour l'ensemble des services de Chirurgie, Médecine, et Maternité, cette occupation est de 102% c'est-à-dire qu'il y a une occupation qui excède les possibilités hospitalières ; le calcul des durées moyennes de séjour fait ressortir 27 jours pour la médecine, 23 jours pour la chirurgie, 9 jours pour la maternité. Rappelons que d'après les normes admises par la Santé publique, un service hospitalier fonctionne normalement à 75%, tandis que les durées moyennes de séjour ne doivent pas excéder 12 jours pour la maternité, 25 jours en médecine et 18 jours en chirurgie. D'après nos calculs, il apparaît qu'il y a un encombrement en médecine et en chirurgie, tandis que les services de Maternité fonctionnent à 70%. Ces augmentations contribuent à accroître les charges de la collectivité, et font ressortir d'une part l'insuffisance des lits de chirurgie, et l'encombrement abusif en Médecine, qui s'explique pour les raisons que nous avons évoquées plus haut, à savoir le grand coefficient de morbidité d'une grande partie de la population.

Donc, nous nous trouvons face à des charges considérables que le seul budget de la Martinique ne pourrait supporter sans une contribution de la France métropolitaine ; mais plus que le caractère onéreux de la médecine martiniquaise, ce qui frappe, c'est son extrême libéralisme qui tient compte avant tout des impératifs corporatifs d'une classe, les médecins, avant tout autre considération.

9. La vie médicale martiniquaise

On serait tenté de croire après l'exposé qui a précédé que le corps médical martiniquais est dans son ensemble gangrené ; si

cela est vrai dans les faits, les prises de position d'une minorité agissante finissant par éclipser les tendances conciliatrices du plus grand nombre, il n'est pas moins vrai que le médecin martiniquais reste quand même un individualiste comme tout médecin qui est imprégnée d'une culture médicale traditionnelle, et qu'il ne vient grossir les rangs confraternels que dans la mesure où ses intérêts professionnels et matériels sont ou paraissent en grave danger.

En clair, le médecin martiniquais n'a pas mauvaise conscience et il n'a pas l'impression d'être « un profiteur » de la collectivité ; dans la plupart des cas, il ne fait d'ailleurs qu'appliquer des principes qu'on lui a inculqués et qui lui paraissent intangibles. Il n'a pas encore transcendé le problème médical tel qu'il se pose à la Martinique, et il n'a nullement l'intention de faire les frais d'une réforme médicale quand il pense que l'Etat n'ose s'attaquer à d'autres catégories sociales dont les activités sont d'un profit plus scandaleux, et les fins moins généreuses. De plus, il a pris l'habitude d'une vie matérielle très confortable, et il est évident que si on lui propose de travailler autant et peut-être plus, pour un revenu nettement inférieur, il considèrera comme une grave injustice toute mesure qui tendrait à lui faire accepter cette proposition par contrainte.

Pour s'en faire une idée, il convient d'avoir présent à l'esprit que le médecin martiniquais a en moyenne un revenu mensuel de base de 6.000 NF 1961, et le chiffre de 10.000 NF est plus répandu que l'on ne croit, pour ceux qui ont acquis une certaine notoriété. Dès lors, si les pouvoirs publics ou les collectivités locales font aux médecins une proposition relative à l'exercice médico-social, il est certain qu'un chiffre qui ne sera pas de cette importance ne retiendra pas l'attention des praticiens. C'est ainsi que la proposition de la Sécurité sociale pour le centre de soins de Fort-de-France portant sur un salaire de base de 2.000 NF par mois avec une indemnité de logement de 500 NF environ et une remise de 60% de tous les actes médicaux pratiqués dans le cadre du centre, a été rejetée par le syndicat médical comme contraire au libre exercice de la médecine.

L'expérience a prouvé qu'une telle position était dépourvue de fondement, les revenus du médecin assurant les services du centre étant très confortables, et ce, au-delà des espérances, dans le même temps que la collectivité y trouvait son compte, puisque les prix payés par les consultants sont à la mesure de leur possibilité

tandis que les sommes reversées par la Sécurité sociale sont compatibles avec une saine gestion des deniers des assurés sociaux.

Par contre les médecins ne peuvent dire qu'ils ont souffert dans leur clientèle par le fait de l'ouverture de ce centre ; de plus, il est vraisemblable qu'avec une activité économique qui augmente, le malade qui a fait ainsi l'expérience du centre de soins ait envie de se mieux soigner et fasse appel à son médecin individuel, ce qui supposera qu'il ait envie d'améliorer son niveau de vie, amélioration qui ne peut que profiter au corps médical. Faute de l'avoir compris, les médecins martiniquais dans leur ensemble se sont aliéné la sympathie de l'ensemble de la population qui ne comprend plus leur position rigide et doctrinale, car il faut avouer que l'essentiel qui est le mieux-être des individus, le soulagement des misères but primordial de l'exercice médical, a été délibérément sacrifié dans bien des cas au profit de la défense d'intérêts corporatifs pas toujours honorables.

Faute de refuser une reconversion de la profession médicale dans un pays où l'action médico-sociale devient un impératif humain faute de redonner à la médecine à la Martinique de nouvelles dimensions plus exaltantes, et plus en rapport avec sa fin, les médecins martiniquais risquent de voir s'opérer cette reconversion sous leurs yeux et à leur détriment.

Rappelons à ce propos cette prophétie du Dr Pierre Theil qui peut s'adresser aux médecins martiniquais : « L'art médical ne peut s'appliquer aux collectivités qu'à la condition de subir des modifications importantes dans son esprit et sa pratique. Dès l'instant qu'elle abandonne le colloque individuel pour acquérir des préoccupations collectives, la médecine doit s'adapter à des nécessités nouvelles. C'est cette adaptation de l'art médical aux besoins des collectivités que constitue la médecine sociale ».

La médecine martiniquaise est-elle prête pour cette reconversion ? A vrai dire non ; il lui faudrait commencer par s'organiser une vie propre, un épanouissement qu'elle n'a pas. Car la médecine martiniquaise est absente spirituellement, intellectuellement, confraternellement, cliniquement. Il n'existe aucune revue de médecine de la Martinique, et pourtant, les problèmes du médecin martiniquais sont nombreux, originaux, complexes bien souvent, pour mériter qu'on s'y arrête, qu'on les étudie, et qu'on fasse profiter aux autres, des expériences qu'on a tentées chez soi.

Il existe chaque année un congrès de médecine de langue fran-

çaise aux Caraïbes, et invariablement, la Martinique est représentée par un confrère venu de Paris ou de Bordeaux qui expose un sujet, qui n'a pas obligatoirement un rapport direct avec la médecine locale, mais qu'importe l'honneur est sauf, puisque le confrère est originaire des Antilles, et que ses travaux en font un porte-parole valable. Tout se passe comme si les praticiens locaux n'avaient rien à dire, sinon d'assister en silence ou de lire en hâte quelques feuillets dactylographiés sur un sujet plus ou moins étudié. De cette façon, la contribution scientifique de la médecine martiniquaise est nulle, son absence préjudiciable à la société humaine, dans la mesure où, dans le cadre géographique dans lequel elle s'exerce, elle aurait certainement beaucoup à apporter aux autres.

Les seuls témoins de l'existence d'une vie médicale à la Martinique, sont les feuillets des archives de l'Institut Pasteur, qui donnent chaque année un tour d'horizon sur les problèmes sanitaires et pathologiques du pays. *Médecin martiniquais qui êtes-vous* ? C'est une question qui restera désespérément sans réponse pendant encore longtemps.

Mais pourquoi cette situation, puisque tout aussi bien il existe dans d'autres régions, et dans d'autres départements une vie médicale locale propre, par l'entremise des Sociétés de médecine, des Cercles d'Hippocrate, etc... où s'échangent des idées, se confrontent des thérapeutiques, s'organisent des exposés, des conférences, où on se détend même quelquefois à la recherche d'une vie estudiantine lointaine. Ce n'est pas le temps ni les moyens financiers qui font défaut aux médecins martiniquais pour organiser une telle vie, sinon un individualisme forcené, une absence déplorable de vie confraternelle.

Les raisons profondes et lointaines doivent être recherchées dans le recrutement médical ; plus exactement au niveau des étudiants. Rien n'est plus désespérant que l'optique de l'étudiant en médecine de la Martinique. Il a pour principe de ne pas participer à des associations, et quand il y participe c'est pour critiquer, pas toujours pour construire. L'avenir médical de son pays, il le voit bien souvent à travers les lunettes des intérêts professionnels qui bien souvent l'ont incité à choisir cette branche ou alors il n'a tout simplement aucune opinion, ses buts cessant d'appartenir à la collectivité à qui il a pourtant coûté bien souvent plusieurs centaines de milliers d'anciens francs pour sa formation.

Comment alors exiger d'un individu qui est resté en dehors

de tout colloque estudiantin, qui n'a pas recherché le contact enrichissant des autres, comment lui faire comprendre que sa médecine sera plus féconde, plus riche, plus profitable à lui et aux autres, s'il multiplie les contacts, les rencontres de travail, avec ses confrères ? Cet isolement des uns par rapport aux autres s'aggrave si on considère que le corps médical se recrute avec éclectisme dans beaucoup de milieux sociaux qui se cotoyent sans se connaître même par la vie du lycée, et qui continuent à se cotoyer dans le même sens, pour peu que les éléments aient accompli leurs études dans des facultés différentes, ce qui est le cas le plus fréquent.

De ce fait, l'intérêt de la collectivité commande que les sacrifices consentis par elle, soient profitables, et que par conséquent de nouvelles mesures viennent rétablir l'équilibre médical et celui des études de l'étudiant martiniquais.

10. Délinquence juvénile et pathologie sociale

Déjà accablée de charges sanitaires et sociales extrêmement lourdes, la Martinique risque de se retrouver dans peu de temps devant des problèmes sociaux encore plus graves, du fait de l'apparition de deux aspects concomittants de ce qu'il est convenu d'appeler la pathologie sociale. Cette pathologie qui est née de l'instabilité de l'emploi, du chômage, de l'accroissement démographique de l'apparition de jeunes sans emploi, a d'abord fait une timide apparition par une sensible augmentation de la criminologie chez les adultes, une aggravation de l'alcoolisme ; actuellement, elle s'installe chez les jeunes par l'apparition du proxénétisme et de la prostitution.

A ce propos, on peut considérer que 1958 marque un tournant du fait de la brusque apparition d'un pourcentage important de délits perpétrés par des jeunes de moins de 21 ans ; dans le même temps on peut noter une croissance des délits d'adultes surtout dans les classes socio-économiques défavorisées. Dès 1956, Leiris soulignait dans son ouvrage *Rencontre de civilisations à la Martinique et à la Guadeloupe* le caractère préoccupant de ces bandes de jeunes qui dévalaient les hauteurs de Fort-de-France vers le centre ville, sans but apparent ; ces jeunes vagabonds sans occupation, sans emploi, ont évolué puisque en 1958 sur 1.230 condamnations correctionnelles, les moins de 21 ans représentent un pourcentage de 8,5% avec 105 condamnations ; ce chiffre est à rapprocher d'un

autre, à savoir que sur le total des condamnations 125 sont le fait de personnes non actives soit 10%.

D'autres chiffres attirent l'attention ; c'est ainsi qu'il est très intéressant de noter que les ouvriers avec 377 condamnations représentent 33% de l'ensemble des délits, que les petits exploitants agricoles et colons représentent 18% (avec 239 condamnations) les marins-pêcheurs 13% (174 condamnations) et les salariés agricoles 10,5% avec 130 condamnations.

On remarque dans le même temps que le climat social s'est nettement assombri en 1958, et que l'année d'après, 1959, a vu les premières émeutes sanglantes de la Martinique depuis plusieurs décades. Faut-il y voir une relation de cause à effet ? Faut-il penser que le phénomène ira en s'aggravant ? Ce sont là des problèmes qui méritent attentionbien qu'il soit encore très difficile d'émettre avec certitude une opinion valable ; nous devons simplement souligner cette concordance entre deux phénoménes en espérant qu'ils seront reversibles.

Conclusions

Nous nous trouvons en face d'une collectivité dont les ressources naturelles sont très limitées, et dont l'essentiel des richesses est constitué par un potentiel humain de premier ordre puisqu'il réunit les qualités requises de jeunesse, de dynamisme d'ouverture d'esprit due à une bonne extension de l'enseignement.

Tout programme médico-social devra tendre à maintenir cette richesse humaine au maximum de ses possibilités de travail et de création, en sauvegardant sa santé d'une part, par l'amélioration des conditions de vie, en développant ses facultés créatrices d'autre part, par un programme d'éducation professionnelle très poussée.

Ce programme devra viser à l'amélioration des conditions économiques, et permettre l'élévation du niveau brut de vie ; par ailleurs, il devra se préoccuper de la résolution de nombreux problèmes évoqués au cours de cet exposé, tant en ce qui concerne les problèmes de l'hygiène publique et sociale, qu'en ce qui est de l'aménagement des textes et des cadres dans lesquels l'assistance sociale ne peut atteindre actuellement ses buts avec toute l'efficacité que l'on est en droit d'attendre des moyens financiers mis en œuvre.

Un programme de reconversion étendu à la Sécurité sociale, la

médecine, le milieu hospitalier, devra aussi tenir compte de l'éducation sanitaire ainsi que des programmes éventuels d'assainissement de contrôle sanitaire à instituer.

En un mot, il s'agit de réaliser par tous les moyens une véritable promotion humaine à la Martinique, dont l'action médico-sociale constitue un des moyens puissants de stimulation, puisqu'elle pourra efficacement agir sur l'élévation des niveaux de vie, en organisant l'utilisation des augmentations de pouvoir d'achat, au mieux-être de l'individu par la création d'une infrastructure sociale où la coopérative, et le mouvement communautaire d'une manière générale auront un grand rôle à jouer.

Troisième Partie

CRITÈRE DE L'ACTION MÉDICO-SOCIALE A LA MARTINIQUE

Profil général

L'action médico-sociale dans les pays en voie de développement n'est qu'un aspect du développement économique et social ; comme celui-ci, elle se heurte à des obstacles et des hypothèques qui en conditionnent les résultats qui sont bien souvent décourageants.

Dès lors, il convient de rechercher les critères valables sur lesquels une telle action peut être menée dans un pays donné, et dans la plupart des cas il s'agira d'innover car il faudra tenir compte des données sociologiques propres à la collectivité considérée. Contrairement à l'opinion émise par beaucoup d'auteurs, les problèmes sanitaires et plus généralement les problèmes sociaux ne se posent pas dans les mêmes termes que dans l'Europe du XIX^e^ siècle à la veille du machinisme, même si apparemment, le schéma reste identique.

Les pays sous-développés doivent actuellement faire face en plus de l'opposition manifestée à l'intérieur de leur frontière à une promotion humaine, à une opposition extérieure ; alors que l'Europe au XIX^e^ siècle s'organisait dans une société internationale alors très restreinte, et ne rencontrait pas d'obstacles sérieux sur le plan extérieur, les pays sous-développés sont pour leur part obligés de compter avec une société qui a été déjà organisée sans eux, et où ils doivent se faire une place pour l'écoulement de leurs produits, pour faire entendre leurs voix, et affirmer leurs droits à la vie ; la coopération internationale ne leur apporte pas toujours l'aide qu'ils en attendent, et la coopération bi-latérale est semée d'embûches quelquefois difficilement conciliables avec les buts que l'on se propose d'atteindre.

Dans ces conditions tout programme de développement économique et social dans un pays sous-développé ne peut réussir qu'à la condition de mobiliser toutes les ressources nationales, et souvent cela est impossible sans contrainte, sans réformes profondes et dans la plupart des cas sans une véritable révolution sociale susceptible de tirer la masse de son apathie profonde source d'inertie génératrice d'échecs et de découragement.

Dès lors, les critères fondamentaux de toute action médico-sociale restent :

— la reconversion et le développement économiques par la réforme structurelle et administrative,

— l'élévation des niveaux de vie par l'éducation sanitaire et sociale,

— la recherche de solutions originales aux problèmes spécifiques qui se posent dans un pays donné.

La Martinique échappe-t-elle à ces considérations fondamentales ? Certes non ; encore coloniale structurellement et administrativement, grevée d'hypothèques de toutes sortes - - internes et externes, locales et nationales — la Martinique ne peut affronter actuellement dans les conditions présentes une action médico-sociale avec une grande efficacité.

Il importerait d'abord dans cette perspective, que la solution des problèmes sanitaires et la promotion sociale qui en résulterait fussent considérées dans le cadre martiniquais, avec des Martiniquais, et suivant des impératifs martiniquais. Cette manière de voir éviterait en particulier les fréquentes références à la France métropolitaine, références qui se justifient, du fait de la situation juridique de la Martinique département français. Ce serait aussi un moyen d'éviter que les programmes de développement sanitaire et social ne soient pas disproportionnés par rapport aux possibilités locales. C'est dans cet esprit et cette direction d'idées que nous examinerons les solutions qui ont été proposées, et quelques moyens susceptibles de rendre plus efficace une action médico-sociale. Nous considérerons successivement :

1. Les critères économiques : solutions proposées.
2. Les critères sociaux : l'éducation sanitaire.
3. Les solutions spécifiques à des problèmes donnés.

1. Critères économiques : les solutions proposées

Si nous en croyons Moriceau-Beauchant caractérisant les progrès sanitaires dans le Monde, « les changements qui interviendront dans la carte des maladies dépendront beaucoup plus des conditions socio-économiques régnant dans chaque pays, que dans l'apparition de nouveaux cycles infectieux ».

Ces conditions socio-économiques, on a essayé de les changer à la Martinique dans un sens favorable, et apparemment sans succès ; ce furent successivement l'application lointaine et mesurée des différents plans d'équipement national français, puis la recherche de nouveaux investissements par la création du fond d'investissement des départements d'outre-mer ou Fidom, puis l'institution d'une Société d'Assistance Technique pour mener à bien les travaux puis d'une Société d'Investissements Touristiques ou Sito, plus récemment d'une Société Immobilière des Antilles-Guyane ou S.I.A.G.

Toutes ces Sociétés d'Etat ont trois particularités qui expliquent en grande partie leur succès limité quand ce ne sont pas des échecs :

— elles sont dirigées essentiellement par des métropolitains,
— leur siège social est à Paris,
— elles disposent de confortables assises financières.

Or, on ne fait pas de développement économique sans attribuer de grandes responsabilités aux personnes auxquelles on s'adresse, et dans bien des cas, la bureaucratie de ces organismes les rend pratiquement inaccessible à la masse martiniquaise, ce qui limite leur portée.

Enfin plus récemment, l'Etat a proposé une loi de programme (1960) qui devait permettre d'exécuter de grands travaux et d'investir près de 5 milliards de francs anciens chaque année durant 3 ans ; mais faute d'initiative privée suffisante, cette loi de programme a été et doit être considérée comme un échec. Dans les bureaux parisiens on a évoqué en dernier lieu, une réforme foncière qui s'avère d'ores et déjà inapplicable à la Martinique. L'échec de toutes ces solutions provient du fait qu'elles n'ont pas tenu compte des données propres à ce pays.

Enfin, les recommandations du Comité local du Plan à la Martinique, ont proposé une série de mesures propres à assurer l'augmen-

tation du niveau de vie local, dans le cadre du IVe Plan National d'Equipement. Analytiquement, ces mesures sont louables, mais on doit noter au passage encore une fois, qu'elles ne tiennent pas compte des structures économiques existant et que toutes les actions proposées supposent que la Martinique possède une armature économique suffisamment dynamique, ce qui n'est pas le cas.

Par exemple, on note qu'un effort considérable a été réalisé dans le domaine des constructions et de l'Habitat pour l'abaissement des prix de revient, mais là encore les promoteurs semblent avoir travaillé dans l'abstrait, ou pour une catégorie de personnes déterminées ; en effet qui peut acheter à la Martinique une maison de 1.300.000 Francs en milieu rural si ce n'est une fraction très réduite de petits propriétaires ? En matière de crédit-logement, sur quelle activité rémunératrice constante, les emprunteurs vont-ils prendre des revenus ? En axant une activité économique immédiate sur le développement des cultures traditionnelles, les promoteurs semblent croire que les revenus pourront être garantis par une politique d'assistance de la Métropole aux différents produits locaux ; en clair c'est établir une sorte de politique de subvention systématique, et faire supporter aux contribuables français à perpétuité, les charges de la population martiniquaise.

Nous considérons une telle politique éminemment dangereuse pour l'évolution de la Martinique, le sens des responsabilités de sa population, la dignité de son peuple. Aussi, croyons-nous qu'une politique économique globale et nationale, au sens restrictif du mot, pour la Martinique, est le seul moyen de désserrer le cercle infernal du sous-développement dans ce pays avec son cortège de difficultés de toutes sortes.

Car à vrai dire, ce ne sont pas seulement les investissements qui augmenteront le niveau de vie ici — l'expérience passée et récente l'a largement démontré — mais la recherche des solutions à la source des problèmes, tenant compte d'abord des impératifs martiniquais, en dehors de toute autre considération.

Un Plan de cette sorte a vu le jour au cours de cette année 1961, élaboré suivant des méthodes originales, suivant une conception globale : c'est le Plan d'Investissements et de Développement Economique et Social de la Martinique, connu actuellement sous le nom de Plan Vellas pour la Martinique, du nom du promoteur et réalisateur.

Le Plan Vellas de développement économique et social

Conception et Méthode d'élaboration.

Le Plan de Développement Vellas, est un Plan de développement Communautaire dans le principe puisqu'il associe la population assez largement aux réalisations et aux objectifs prévus du Plan. Mais ici, la conception communautaire inventée par les Anglo-Saxons est améliorée par la méthode d'enquête du professeur Vellas, dite méthode « A ras du sol » qui consiste à rechercher les solutions et les causes des problèmes à la base, au niveau de ceux qui les vivent.

De l'aveu du Professeur Vellas, caractérisant cette méthode « C'est une population qui prend en mains sa destinée » bien que cette formule imagée ne doive faire penser que l'auteur encourage une idée politique quelconque, puisqu'il s'agit en fait de donner aux individus d'une collectivité, les moyens de redresser leur niveau de vie dans tous les domaines par leur travail et la mobilisation totale de toutes les richesses potentielles du pays.

En troisième lieu, ce Plan n'a envisagé semble-t-il, que des réalisations rentables à court et à moyen terme, ce qui a évidemment pour résultat de dégager un financement immédiat en provenance du secteur privé.

Enfin, le Plan dans une première phase d'exécution s'applique à 4 zones différentes qui permettront de ramener les problèmes à une échelle plus réduite, d'observer le comportement des populations vis-à-vis des réalisations projetées et éventuellement de corriger certaines données initiales, afin de préparer la deuxième phase qui doit être en principe l'extension des zones de développement.

Cette manière de procéder a eu sur les autres méthodes appliquées jusqu'ici dans ce pays, la supériorité d'établir le contact entre experts et populations interessées, et par conséquent de donner au Plan, un aspect humain incontestable à l'opposé de ce qui était jusqu'à maintenant des froids calculs réalisés dans le secret du Cabinet par des experts hautement qualifiés qui se préoccupaient très peu du comportement possible des individus.

Donc, grosse originalité qui ne manquera certainement pas d'avoir des répercussions sur la réalisation.

Moyens de financement

Ce plan a une autre originalité qui est de promouvoir un investissement privé considérable – il dépasse la moitié des investissements inscrits — pour la première fois dans l'Histoire économique de la Martinique. Jusqu'ici, l'activité économique s'était contentée d'être une injection continuelle de fonds publics par le développement de chantiers nationaux, afin de pouvoir fournir des emplois à une main d'œuvre pléthorique, et inactive. Ces fonds ne profitaient d'ailleurs qu'à une minorité qui n'avait donc pas besoin de faire œuvre d'imagination économique. Cette considération est encore à l'origine de la loi de Programme qui prévoyait d'ailleurs (naïvement) une participation privée pour être mise en en œuvre.

Les investissements prévus par le Plan Vellas, s'élèvent exactement à 11.229 millions d'anciens francs dont plus de 6.000 millions en provenance du secteur privé (exactement : 6.870) ; leur ventilation s'établit de la manière suivante : voir tableaux.

Pour la réalisation, le promoteur a fait appel aux fonds publics normalement disponibles pour les buts qui leur sont assignés dans le Plan ; c'est ainsi que les crédits affectés aux Coopératives agricoles sont normalement disponibles et utilisés par la Société d'Assistance Technique ou S.A.T.E.C. ; de même, tout ce qui concerne le développement des lotissements touristiques où la Caisse centrale de la France d'Outre-Mer finance à concurrence de 50% toutes les réalisations hôtelières.

Toutes les branches de l'activité économique sont touchées par ces investissements : le Tourisme, le Commerce, l'Industrie du Bâtiment, la Pêche, l'élevage et l'Agriculture, les réseaux de distribution, la santé publique, les réalisations sociales (crèches, maisons de jeunes, terrains de sport) qui doivent être dans l'esprit du Plan des lieux d'information, d'éducation sanitaire de base.

Les investissements doivent s'échelonner en principe sur 4 années, 1962 - 1966, soit environ une moyenne de 3.000 millions d'anciens francs par an, et porte sur la création de 2.000 emplois nouveaux qui se trouveraient portés à 3.000 par le facteur multiplicateur qui agit à l'intérieur du Plan, une activité en créant une autre et ainsi de suite...

Réalisation. Conditions

La réalisation de ce Plan devrait intervenir incessamment, soit en principe dès le 1er janvier 1962 ; cependant cette réalisation est subordonnée à l'accord des organismes centraux intéressés, le Ministère de tutelle en particulier.

Par ailleurs, pour que cette réalisation réponde à l'esprit qui a présidé à son élaboration, la création d'une Société d'économie mixte où les intérêts privés et publics pourraient s'asseoir conjointement est une autre condition qui *a priori* semble réalisable. Ce qui est moins certain c'est la constitution du capital initial de cette société.

Enfin une autre condition et non des moindres, est que les terrains qui doivent servir aux lotissements touristiques ou d'habitation soient viabilisés, et bon marché ces charges étant supportées par les collectivités locales. Or, celles-ci actuellement n'ayant pas de moyens, il leur faut se tourner vers ceux qui peuvent leur en procurer, et en particulier vers les organismes d'Etat, étant entendu qu'il est peu probable que l'on réalise un emprunt suffisant qui puisse satisfaire aux nécessités dans ce domaine. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur le prix de revient du mètre carré de terrain viabilisé à la Martinique, soit sur le problème de l'assainissement.

Si tout marche à souhait, et s'il n'y a aucune entorse administrative aux réglements en vigueur, ce Plan devrait permettre dans les 4 prochaines années de tripler le revenu national martiniquais, et d'augmenter nettement le standard de vie de près de 20.000 personnes. De plus, rien n'empêcherait les autres particuliers restés jusqu'ici sur une prudente réserve en ce qui concerne les investissements, d'engager alors la course au développement économique, les conditions générales étant plus « saines ».

Cependant, cet instrument merveilleux qu'est le Plan n'est pas à l'abri de réserves et de critiques ; quelles sont-elles ?

Critiques et Réserves

La situation martiniquaise étant ce qu'elle est, faite de dépendance et de vassalité, par rapport à la Métropole, la solidarité nationale ne jouant pas en sa faveur pour la tirer de cet état de de Sous-Développement, nous porterons deux ordres de critiques sur le Plan Vellas, critiques qui resteront académiques, pour une part,

dans la mesure où on doit considérer que l'expert ne pouvait faire autrement dans les conditions qui lui étaient imposées.

Nos critiques seront donc idéologiques au sens large du terme, et porteront par conséquent sur l'esprit du Plan et son élaboration, tandis que par ailleurs, elles seront pratiques et porteront sur les investissements.

a) On peut et on doit regretter que ce Plan n'ait pas été demandé et financé par les collectivités locales elles-mêmes et que la décision ait appartenu au Ministère de tutelle, de sorte que la réalisation dépend de son assentiment, lequel sera fonction de considérations politiques qui seront étrangères au peuple martiniquais et à son intérêt bien compris.

D'autre part, il est aussi regrettable que les décisions restent aux mains de ceux qui sont chargés du financement.

Localement, soit aux mains des organismes de financement de l'Etat qui pourront à tous moments sur pression centrale ralentir les investissements prévus et mettre en panne les projets retenus. Quel que soit l'attachement des dirigeants aux problèmes économiques de la Martinique, il n'est pas certain qu'ils puissent résister aux assaut parisiens. Donc, nous ne sortons pas de ce cercle vicieux que nous avons vu tout à l'heure.

Sur un autre Plan, il est a craindre que l'esprit de départ qui a motivé le Plan de Développement ne soit peu à peu escamoté à savoir, que la notion de « communautaire » ne soit plus qu'un souvenir, et qu'en fait elle masque des opérations financières où l'intérêt martiniquais ferait les frais. C'est ainsi que notamment, un investissement trop massif de capitaux extérieurs dans le cadre de l'industrie touristique, dont l'amortissement peut être assuré en un an, ne peut qu'être contraire aux intérêts locaux, dans la mesure où cela empêcherait les autochtones de participer au bénéfice des opérations à court terme les plus rentables.

Nous considérons pour notre part, qu'une participation des intérêts privés aux lotissements touristiques dépassant 50% serait nettement préjudiciable aux intérêts locaux ; or ces opérations peuvent se faire actuellement le plus légalement du monde puisqu'il semble que les autochtones se désintéressent de la question ; en fait, ils n'ont aucun moyen d'information, et toute tractation actuelle ne pourrait qu'être faite à leur insu. Donc, la menace d'une « colonisation économique » existe et elle est contraire à l'esprit d'élaboration du Plan.

b) Dans un autre ordre d'idées, on peut reprocher au Plan d'escamoter délibérément le financement des réalisations sociales qui sont considérées par ailleurs comme indissolublement liées à l'ensemble. Or, en laissant le soin aux collectivités locales de les chiffrer, et d'en dégager le financement, le Plan ainsi évite de donner l'ordre de grandeur véritable de la participation financière des collectivités.

C'est ainsi qu'il ne nous échappe pas que tous les travaux de viabilisation sont déjà à la charge des collectivités locales, et que de plus, elles doivent faire un effort supplémentaire pour les concessions de terrains à bâtir, car en fait le mètre carré de terrain viabilisé ne sera accepté par les capitalistes que s'il ne dépasse pas un certain prix de revient, et si ce prix de revient est jugé excessif et que la collectivité veut quand même la réalisation, il lui faudra prendre à sa charge la différence.

Dès lors, il devient encore plus urgent que dans la plus large mesure possible ce soit les capitaux locaux qui en profitent, leur expatriation étant dans le principe moins systématique.

En conséquence, le Plan vu sous cet angle apparaît comme un Plan d'économie très libéral, et sa coloration « sociale » est très relative ; si on étudie le prix de revient de chaque emploi nouveau créé, on remarque que pour 3.000 emplois, et un investissement officiellement chiffré à 12.000 millions d'anciens francs il est de 4 millions d'anciens francs. En fait, les travaux de viabilisation et le programme de mise en ordre social absorbera une part supplémentaire de charges que l'on peut estimer à 33 % grosso modo du financement total, soit près de 4.000 millions d'anciens francs ce qui augemente considérablement la part de la collectivité, et qui n'apparaît pas dans le Programme d'Investissements. En définitive cela met le prix d'un emploi nouveau à 5.333.000 d'anciens francs environ, et c'est très cher.

Enfin le Plan ne résout pas — il ne peut d'ailleurs pas — la levée des deux graves hypothèques qui pèsent sur l'ensemble de l'économie martiniquaise, à savoir le problème de l'énergie, et celui des transports dont les prix de revient prohibitifs et abusifs sont des entraves à l'expansion économique et à l'élévation des niveaux de vie.

On se rend donc compte, que les problèmes en pays sous-développés ne sont donc pas aussi simples, et que ces pays sont obligés pour acquérir le droit à la vie, dans une société humaine sans conces-

sions malgré les apparences, de lever toutes sortes d'hypothèques qui les gênent et conditionnent presque inexorablement leur évolution. Ils doivent se méfier des « bons apôtres » car ils apprennent chaque jour davantage que la générosité n'est pas toujours désintéressée et que sous chaque médecin qui se penche sur eux, il y a peut-être un Thomas Diafoirius ou un Dr Knock.

Cependant existe-t-il une issue valable ? Dans le cas de la Martinique, cette issue nous apparaît comme une reconversion économique, s'appuyant sur d'autres critères.

Critères d'une reconversion économique

Cette reconversion doit être structurelle et l'on peut considérer que le moment est propice à une telle action si on veut profiter au maximum de l'air nouveau qui peut être insufflé sur le Plan Vellas.

Sur le plan administratif, cette reconversion a pour concept le *Régionalisme*, et sur le plan structurel, plus général, elle a pour idées directrices, la *Martiniquanisation*, l'*Industrialisation*, la *Socialisation* ; dans ses conséquences, elle aboutit à un réaménagement des échanges commerciaux et à une nouvelle définition politique locale.

1° *Le Régionalisme.*

C'est une conception juridique qui divise encore en France les Economistes et les Politiciens ; cette conception se fonde sur le fait qu'il est souhaitable dans un grand pays d'aboutir à une nouvelle unité administrative et économique, la région, dotée de l'autonomie financière, seule condition pour aboutir à un développement équilibré et harmonieux de l'ensemble national. Dans le Sud-Ouest par exemple, cette tendance est très vive, et elle a de très nombreux adeptes dans d'autres régions en particulier en Bretagne, où elle réunit une véritable unanimité.

Cette tendance régionaliste a des velléités autonomistes et cherche à se personnaliser, dans la mesure où ses promoteurs pensent que l'apport d'une culture régionale, d'une économie régionale, ne peut qu'être bénéfique à l'ensemble national. Les arguments en faveur d'une telle décentralisation administrative ne manquent pas et il n'entre pas dans notre propos de les énumérer ; disons simplement que lorsqu'un habitant de Quimperlé ou de Toulouse, estime que ses intérêts matériels seraient mieux défendus, s'ils étaient discutés

sur le plan régional, il n'a pas tout à fait tort, et que lorsqu'il accuse l'administration qui se trouve seulement à 800 km de les ignorer, il n'est pas toujours loin de la vérité. Raison de plus pour que le martiniquais s'interroge sur la possibilité d'une création nouvelle tant du point de vue économique qu'administratif, et qui tienne compte de son appartenance à une région, les Caraïbes, et à un ensemble géographique et humain, l'Hémisphère américain.

Si à l'échelon de la France continentale, ceux de la province estiment qu'à 800 km on méconnaît leurs préoccupations, il est plus que probable que ceux qui se trouvent dans la province américaine, à 7 000 km, pensent aussi qu'il est grand temps que les problèmes soient réglés par ceux qui les vivent ; en coopération avec les Compatriotes de la Métropole, bien sûr, mais en évitant que cette coopération prenne l'air d'une tutelle intolérable et insupportable.

Il devient de plus en plus évident que la création d'une région économique Antilles-Guyane, est un impératif justifié aussi bien par la situation géographique que par la situation économique. Cette création ne peut se heurter à des arguments juridiques valables quand on pense que certaines régions frontalières françaises jouissent de conditions économiques spéciales dans leurs échanges ; certaines « franchises » héritées de l'occupation allemande en Alsace-Lorraine sont restées en vigueur dans ces régions, dès lors pourquoi refuser d'envisager une telle solution pour les provinces américaines ?

D'autre part, il est certain que les relations très particulières de ces provinces avec la zone dollar ou sterling, les placent dans un contexte qui pousse à cette création ; sur le plan commercial, et celui des échanges, il est certain qu'il vaudrait mieux dans certains cas, comme cela se fait déjà pour certaines matières premières (Pétrole) que ces échanges se fassent avec plus de profit avec les voisins qui ne sont distants que d'une journée de bateau, ou d'une heure de vol. Donc l'autonomie de gestion régionale suivant des critères régionaux ne pourrait qu'être profitable ; dans certains domaines, elle premettrait même de décharger la Métropole d'une partie des charges financières qu'elle supporte en achetant obligatoirement le sucre martiniquais et son rhum, au prix fort. La recherche d'un nouveau débouché temporaire aux U.S.A. qui n'ont plus les mêmes sources d'approvisionnement depuis deux ans, pourrait être évaluée sur les mêmes bases que pour d'autres pays des Antilles (telle la Jamaïque).

Tout plaide en faveur d'une telle orientation, et ce serait peut-être

une erreur que de ne pas l'admettre. Mais, pour que cette réforme garde toute sa valeur ; elle doit s'accompagner d'une promotion humaine interne que nous désignerons par le néologisme.

2° *La martiniquanisation.*

Il s'agit de prévoir par ce terme l'arrivée progressive des Martiniquais qui ont déjà prouvé leurs possibilités ailleurs, aux postes de responsabilité qui sont occupés presque en totalité par des compatriotes métropolitains ; cette direction un peu trop *orientée* ne peut qu'indisposer et faire croire que cette promotion qui a lieu en France même serait refusée à ses fils des provinces lointaines. C'est donc une nécessité incontestable, et si dans certains cas on peut admettre une sorte de « panachage » il est certain que le dosage devra tenir compte de ce désir légitime des élites de participer plus activement à la mise en valeur de leur patrimoine.

Enfin, cela permettrait de supprimer l'existence des supercitoyens à solde supérieure bien souvent à égalité de diplôme. Cette disparité déjà dénoncée dans l'Enseignement, n'en continue pas moins de régner dans certains secteurs.

3° *L'industrialisation.*

On ne peut prévoir un équipement économique et social complet sans rechercher une base industrielle ; or contrairement à ce que l'on pense, il n'est nullement besoin d'avoir des matières premières sur son sol pour créer des industries rentables et florissantes : à l'heure de l'électronique, l'assemblage des pièces fabriquées à l'extérieur peut s'avérer intéressante pour une réexportation, surtout quand le pays pratique une politique de salaires nettement en retrait par rapport à celle pratiquée dans d'autres pays plus développés, les U.S.A. par exemple, et même la France.

Dans la mesure où le réaménagement de la production énergétique le permettrait, des usines d'assemblage de pièces de machinerie, des entrepôts de transit utilisant au maximum une plaque tournante géographique vers les deux parties de l'hémisphère ou vers le Pacifique, sont concevables et rentables ; faut-il encore le prouver pour désarmer l'opposition de ceux qui ont des idées fixes, et sèment le découragement.

Donnons un exemple qui est en France celui de l'Aveyron, où l'on est parvenu dans un milieu plus fermé que le milieu martini-

quais à implanter une industrie d'hélices d'avion, et où une fabrique de conserverie alimentaire, tient le pari de produire des conserves à des prix compétitifs, alors que sa viande lui vient d'Argentine, ses primeurs de Grèce, ses poulets du Danemark et de Hollande.

Donc, il y a là un chemin à éprouver, des propositions concrètes étudier, car la Martinique ne pourra accélérer son développement économique que si elle fait preuve d'imagination, et si dans un deuxième temps elle construit avec générosité ; cette générosité, c'est :

4° *La socialisation.*

Ce mot ici prend une valeur sociale et économique plus que politique ; il s'agit dans notre esprit de définir un cadre, car nous ne pensons pas dans un pays aussi petit, qu'il soit possible de parvenir à des résultats valables si tous les individus qui forment cette Communauté restreinte, n'ont pas le sentiment de participer à la mise en valeur de leur patrimoine propre. C'est pourquoi la coopérative telle qu'elle a été prévue dans le Plan Vellas, devrait être généralisée dans l'avenir, comme base de l'exploitation des richesses de la collectivité.

Ainsi tout en restant en économie libérale, et en n'étouffant pas l'initiative privée, on pourra de la sorte faire participer d'une manière plus effective la masse laborieuse par ce biais aux bénéfices de l'expansion économique.

Mais cette expansion ne pourra atteindre les buts que nous lui proposons que si deux conditions optima sont réalisées :

— la qualification de la main-d'œuvre locale,

— la création d'un comité spécial chargé de diriger les investissements et d'étudier les projets nouveaux

a) *La qualification de la main-d'œuvre.* — Le potentiel démographique de la Martinique constitue sa principale richesse, et celle-ci est considérable ; toute action de développement économique et sociale, devra viser à maintenir ce potentiel humain à son plus haut degré sanitaire, dans le même temps qu'une qualification professionnelle très poussée devra être entreprise pour élargir les possibilités d'élévation du niveau de vie.

Nous avons vu qu'il était possible d'implanter des industries n'ayant aucun rapport avec les richesses locales du sol ou du sous-sol ; mais pour que ces industries s'installent, faut-il encore que la main-d'œuvre qui leur est offerte soit hautement qualifiée, et

relativement bon marché par rapport aux conditions rencontrées dans d'autres pays. C'est ainsi que l'on ne peut envisager de demander à une entreprise de rayonnement international d'installer à la Martinique, une succursale pour les Caraïbes et l'Amérique Latine, si les ouvriers qu'on peut lui offrir ne sont d'aucun profit.

Par contre, on ne peut décider une formation professionnelle sans avoir un débouché prévu dans l'immédiat. C'est pourquoi donc, cette action doit être coordonnée avec celle du Comité spécial chargé du développement, lequel peut décider de débloquer des crédits pour la formation d'un nombre déterminé d'ouvriers donnés, dans une branche d'activité, à partir du moment que ce Comité, par ses contacts aura obtenu la certitude de la création d'une industrie dans les mois à venir.

Le financement de cette formation professionnelle peut être assuré de deux manières, d'une part par la collectivité, d'autre part en relation avec le groupement intéressé par l'implantation, en ce qu'il est possible d'expédier aux frais de la collectivité, un certain nombre d'ouvriers dans le pays considéré et près la firme, pour un stage d'un an ou deux, à titre d'ouvriers en apprentissage ; ils pourraient recevoir un salaire complété par un apport de la collectivité. Ce noyau en revenant au pays pourrait fournir alors, le noyau initial de l'entreprise, et le recrutement aidant parvenir à grossir les rangs au fur et à mesure du progrès de la production.

Un deuxième moyen est de développer les possibilités locales de formation professionnelle, par l'intermédiaire de l'Enseignement Technique, dont le financement pourrait au départ être assuré par le Ministère de l'Education Nationale (comme c'est déjà en partie le cas) mais on pourrait aussi prévoir une activité industrielle propre qui serait un banc d'essai payant, pour le démarrage d'industries nouvelles.

Pour prendre un exemple, l'Enseignement Technique pourrait former une équipe de jeunes tourneurs et ajusteurs, monter un atelier de fabrication de boulons et écrous qui seraient écoulés sur le marché, à titre probatoire ; un industriel intéressé pourrait reprendre l'affaire, en en payant la valeur commerciale.

Qu'a-t-on fait jusqu'à maintenant ? Cette solution a été envisagée, mais dans un autre esprit par les responsables en ce qui concerne notamment le bâtiment. La collectivité a payé le voyage d'un grand nombre de jeunes gens pour la France, où ils devaient acquérir une qualification professionnelle. C'est ainsi que le Camp

de Bordelongue à Toulouse, reçoit chaque année deux ou trois jeunes gens dans la spécialité du bâtiment. Mais, sitôt la formation acquise, on les incite à rester en France, quand ils ne sont pas attirés par les hauts salaires qui existent. Sur 220 jeunes gens partis de 1958 à 1960, 21 seulement sont rentrés à la Martinique, soit environ 10% ; on estime à 20% ceux qui n'ont pas encore terminé, et 70% ceux qui sont restés. Un autre fait à remarquer, 95% de succès ont été enregistrés aux examens de sortie, dont 70% avec mention.

Donc non contents d'expédier en France une part inévaluable du potentiel humain de la Martinique, d'en faire supporter les charges par les collectivités locales, certains responsables enlèvent à ce pays tout moyen de se construire un jour. On comprendra par cet exposé, pourquoi l'émigration reste une solution inadéquate qui est en définitive dirigée contre la promotion économique et sociale, puisqu'elle prélève régulièrement l'élite au profit des économies extérieures.

Toutefois la possibilité d'une mobilisation de cette élite existe, et il reste encore des chances de la faire revenir et participer à la construction de son pays, car ce n'est pas « le salaire des émigrés » constitué par l'envoi d'argent régulièrement au pays, qui remontera son économie. L'exemple de la Jamaïque et de la Barbade est là pour prouver le mal-fondé d'une telle politique.

Donc, plus que toute autre mesure, l'émigration proposée par plusieurs économistes et responsables, est la forme de spoliation économique et sociale la plus redoutable, pour la Martinique, puisque c'est elle qui lui enlève *l'essentiel de sa richesse, son potentiel humain.*

b) *Création d'un comité spécial de développement.* — Cette proposition n'a rien de révolutionnaire, car il n'y a qu'à faire un tour d'horizon géographique pour s'apercevoir que les voisines de la Martinique ont adopté ce principe depuis 5 ou 6 ans ce sont les *Central unit planning* des Antilles britanniques, ou la *Junta de planificación* et la *Administración de fomento-económico* à Porto-Rico.

Quel serait le rôle de ce Comité ? En premier lieu rechercher les possibilités de développement économique et social, et en second lieu orienter la réalisation des Plans de développement adoptés, et veiller à ce que les intérêts locaux ne soient trop spoliés par rapport aux apports extérieurs.

La composition d'un tel comité jouissant de l'autonomie financière, soumise au contrôle constant des collectivités locales et des syndicats locaux, devrait comprendre d'une part les animateurs des Chambres économiques qui ont prouvé leur attachement au développement, les intérêts privés locaux qui sont prêts à apporter leur coopération, les représentants des collectivités locales, et à titre d'observateurs, les représentants des intérêts extérieurs désireux de s'associer à l'œuvre de développement. Il est entendu que l'on peut concevoir parmi les représentants martiniquais, les délégués des organismes financiers de l'Etat : S.A.T.E.C., S.I.T.O., F.I.D.O.M., etc., mais à aucun moment leurs voix ne sauraient être prépondérantes, ce qui est normal.

Le financement d'un tel organisme pourrait être assuré par des cotisations des membres, des subventions, et un prélèvement par taxation de toutes les opérations financières réalisées dans le cadre de tous programmes de développement. Le capital initial de démarrage devrait être fourni par une subvention des collectivités locales.

L'autonomie financière dont jouirait un tel organisme, devrait lui permettre de contracter des emprunts pour des réalisations d'ordre social et pour les travaux de viabilisation, aussi bien sur le marché financier intérieur que sur des marchés extérieurs : nous pensons en particulier au marché U.S. et aux organismes financiers internationaux ou de l'hémisphère. L'intérêt est assez clair, en ce qui concerne la levée d'entraves extérieures, pour que nous nous étendions sur ce point.

La réalisaton d'un tel programme est faisable en moins d'un an, et au bout de deux ans, les résultats pourraient se faire jour, avec du dynamisme, de l'enthousiasme, ce qui ne manque pas dans ce pays.

Conclusions. — Voilà donc sur quelles bases économiques, il est possible de penser à un développement sanitaire et social à la Martinique ; nous prétendons qu'une telle réalisation est possible, et le cas échéant, nous engageons à le démontrer. Il n'existe pas d'arguments juridiques valables, lorsque l'intérêt de toute une collectivité est menacé dans ses aspects les plus vitaux, et quand l'avenir d'une civilisation est en jeu.

Les responsables pourront trouver dans le droit constitutionnel français, aussi bien que dans le droit administratif, les arguments de poids qui leur permettront de justifier leurs décisions. Qu'il s'agisse des franchises communales, ou des prérogatives spéciales

destinées à promouvoir le développement économique et social dans les départements d'outre-mer, ils auront toujours la possibilité de trouver dans l'esprit des lois, un aspect qui avantage leur point de vue. Par ailleurs, il est en matière d'illégalité comme d'autres, tant que cela ne met pas en péril des principes fondamentaux, l'expérience a prouvé que la justice des hommes ne connaissait de situations que celles résultant d'un état de faits.

Qu'il s'agisse de l'abrogation autoritaire ou de fait de tarifs de transports abusifs, par le refus d'honorer des créances par exemple, ou de la nationalisation (ou de la départementalisation) d'une usine de production d'énergie, il n'y a là rien qui puisse entraîner de gros tracas à leurs promoteurs ; bien au contraire, on pourra faire durer les procédures durant des années soulever des points litigieux à satiété, et pendant ce temps, l'économie aura fait des progrès qui auront permis à une population d'affirmer son droit au mieux être.

Si la raison du plus fort est toujours la meilleure dans le monde où on vit, on ne doit pas oublier non plus que l'usage de la force est la faillite de l'esprit, et qu'il reste aux plus faibles la possibilité d'utiliser au maximum leur faculté d'adresse en *homo sapiens* qu'ils sont et doivent être.

Voilà donc quelles sont les bases qui, d'après nous, peuvent tenir lieu de critères valables pour une action médico-sociale.

TABLEAU I

PLAN VELLAS. — TABLEAU DES INVESTISSEMENTS

INVESTISSEMENTS NON LOCALISÉS DANS LES ZONES-PILOTES

(en milliers d'anciens francs)

Implantation	Investissements	Années	Financement
1° *Secteur Pêche*			
Marché aux poissons (10 magasins de vente de poissons à Fort-de-France).	150	1962	S.E.M. (Société d'Economie Mixte).
Ecole Professionnelle de Pêche (Statut et Diplôme)	3	annuel à partir de 1962	Département de la Martinique + Subvention Enseignement Technique.
Armement de 5 chalutiers et d'un transporteur	180	1963 1964 1965	90 : Crédit public. 90 : Crédit privé (Sté de Pêche et Métropole).

Implantation	Investissements	Années	Financement
2° *Secteur Agricole*			
Banc d'expérimentation de cultures maraîchères et Service de Documentation	2	annuel à partir de 1965	Coopératives de ramassage des légumes du Gros-Morne.
3° *Secteur Industrie*			
Industrie de papiers de bagasse et industries annexes	3.000	1962 1963 1964 1965	1.499 : Investissements d'industries américaines offerts. 1.501 : Souscriptions privées et papeterie française.
Ville satellite du Complexe d'industrie papetière		1963	140 : Investissements privés.
500 logements commerce		1964	560 : Crédit public à la Construction (Logéco) système location-vente.
Logements administratifs corrélatifs aux emplois permanents créés	700	1965	
Usine de traitement des ordures ménagères	150	1962	Emprunt de la Ville de Fort-de-France.
Minoterie et fabrique d'aliments du bétail	400	1962	Souscriptions privées + Minoteries de Métropole + Investissement S.E.M.
4° *Secteur Artisanal*			
Entreprise d'importation et de vente des produits de l'artisanat martiniquais sur le marché européen	25		Investissement privé.
5° *Secteur Logement*			
2.000 logements de pêcheurs (constructions consécutives à la revalorisation des produits de pêche et à l'augmentation des revenus).	2.200	1963 1964 1965	400 : Investissement privé. 1.800 : Crédit public à la construction de logéco + système de location-vente.
6° *Secteur Tourisme*			
Syndicat d'initiative	30	10 annuels à partir de 1963	18 : Cotisations privées hôtels, môtels, commerçants, banques industrielles, compagnies de navigation aérienne, maritime, agences de tourisme. 12 : Subvention du Département et du Commissariat au Tourisme.
Total	6 870		

7° Les réalisations sociales et sanitaires ou du domaine de l'Infrastructure (Eau, Electricité, Voies) n'ont pas été évaluées.

TABLEAU II

INVESTISSEMENTS LOCALISÉS DANS LES QUATRE ZONES
(en millions d'anciens francs)

Implantation	Investissements	Années	Financement
1° *Zone des Trois-Ilets*			
a) *Secteur Tourisme.*			
Complexe hôtelier du Lazaret	50	1962	25 : Investissements privés. 25 : Crédit public.
Lotissement du Lazaret	30	1962 1963	Investissements privés.
Aménagement de la Plage de l'Anse Mitan, du Lazaret	3	1962	Investissements privés (Hôtels et Lotissements).
Lotissement de l'Anse Mitan	25	1963	Investissements privés.
Lotissement de l'Anse à l'Ane	20	1964	*Idem.*
Camping de l'Anse à l'Ane	2	1964	Syndicat d'initiative.
Plage de l'Anse à l'Ane	1	1964	Investissements privés (lotissements + terrain de camping).
Service de communications maritimes par vedettes	40	1963	Investissements privés (transporteur actuel (éventuellement participation des hôtels, lotissements et commune des Trois-Ilets.
Route de l'Anse Mitan (en front de mer) au Lazaret et au Bourg de l'Anse Mitan	80		Etat. Département. Commune.
b) *Secteur Artisanal.*			
Un grand atelier du Bourg. Petits ateliers de l'Anse Mitan et de la Pagerie	17	1962	2 : S.A.T.E.C. 15 : S.E.M.
c) *Secteur Agricole.*			
Coopérative d'approvisionnement et de vente du bétail, et d'élevage de volailles	6	1963	4 : S.E.M. 2 : Caisse de Crédit agricole.
Unité de production agricole (élevage bovin, matériel, cheptel trésorerie)	45	1962 (20) 1963 (18) 1964 (7)	25 : S.A.T.E.C. ou Société d'Aménagement foncier. 20 : Caisse de Crédit agricole (20). Caisse centrale.
d) *Secteur Industrie.*			
Equipement de la briqueterie	35	1962	Etablissements de crédit.
e) *Secteur Construction-logements* (autres que lotissements touristiques).			
25 logécos pour les pêcheries de l'Anse à l'Ane		1963	66 : Investissements privés.
100 logécos pour artisans des ateliers 60 logécos pour planteurs de l'unité de production agricole et employés de la Coopérative. 100 logécos pour total ouvriers et employés de la briqueterie.	330	1964	264 : Crédit public à la construction de logécos + système de location-vente.
Total	684		

TABLEAU II (*suite*)

INVESTISSEMENT LOCALISÉS DANS LES QUATRE ZONES
(en millions d'anciens francs)

Implantations	Investissements	Années	Financement
Report	684		
2° *Zone de Sainte-Anne*			
a) *Secteur Tourisme.*			
Complexe hôtelier de Sainte-Anne....	50	1962	25 : Investissements privés. 25 : Crédit public.
(Eventuellement et ultérieurement deux autres môtels à la Pointe des Salines et au Cap Chevallier).			
Lotissement de Sainte-Anne	25	1963	Investissements privés.
Lotissement des Salines	25	1964	*Idem.*
Lotissement du Cap Chevallier	25	1965	*Idem.*
b) *Secteur Agricole.*			
Unité de production d'élevage (ovin) 200 hectares, matériel cheptel).....	40	1962 (20) 1963 (12) 1964 (8)	S.A.T.E.C. ou Société d'aménagement foncier (25). Caisse de Crédit agricole (15).
c) *Secteur Artisanal.*			
Coopérative d'approvisionnement et de vente ou Société d'intérêt collectif	4	1962	S.A.T.E.C.
d) *Secteur Pêche.*			
Armoire frigorifique, quai, camion ...	5	1962	2 : S.A.T.E.C. — 3 : S.E.M.
e) *Secteur Construction Logements* (autres que lotissements touristiques).			
50 logécos de l'unité de production agricole	84	1963 1964	16 : Investissements privés. 68 : Crédit public à la construction
20 logécos de pêcheurs.....		1965	+ système de location-vente.
3° *Zone de Saint-Pierre*			
a) *Secteur Tourisme.*			
Complexe hôtelier	50	1962	25 : Investissements privés. 25 : Crédit public.
b) *Secteur Artisanal.*			
Atelier	18	1962	3 : S.A.T.E.C. — 15 : S.E.M.
c) *Secteur Pêche.*			
Armoire frigorifique, quai, camion ...	5	1962	2 : S.A.T.E.C. — 3 : S.E.M.
d) *Secteur Agricole.*			
Unité de production agricole (élevage laitier, 200 hectares, matériel, cheptel, trésorerie)	60	1963 (35) 1964 (15) 1965 (10)	40 : S.A.T.E.C. ou Société d'aménagement foncier. 20 : Crédit agricole.
e) *Secteur Construction Logements.*			
100 logécos des artisans de l'atelier 25 logécos des pêcheurs ..... 50 logécos de l'unité de production agricole	200		40 : Investissements privés. 160 : Crédit public à la construction de logécos + système de location-vente.
Total	1.275		

TABLEAU II (*suite*)

INVESTISSEMENTS LOCALISÉS DANS LES QUATRE ZONES
(en millions d'anciens francs)

Implantations	Investissements	Années	Financement
Report	1.275		
4° *Zone du Gros-Morne Sainte-Marie*			
a) *Secteur Agricole.*			
Unité de production agricole (élevage laitier, 200 hectares, matériel, cheptel, trésorerie)	70	1962 1963 1964 1965	50 : S.A.T.E.C. ou Société d'Aménagement foncier. 20 : Caisse de Crédit agricole.
Coopérative laitière avec services annexes	50	1963	55 : S.E.M. (Société d'Economie mixte) 15 : Caisse de Crédit agricole.
Coopérative d'élevage de porc et de charcuterie	15	1964	
Coopérative de ramassage et vente de légumes	5 5	1965	
b) *Secteur Tourisme.*			
Complexe hôtelier du Vert-Pré	36	1962	18 : Investissements privés. 18 : Crédit public.
c) *Secteur Industrie.*			
Equipement de la tannerie de Sainte-Marie	5	1964	S.A.T.E.C.
d) *Secteur Pêche.*			
Armoire frigorifique, quai, camion . .	5	1962	Aide immobilière privée par S.A.T.E.C. ou 2 : S.A.T.E.C. — 3 : S.E.M.
e) *Secteur Artisanat.*			
Atelier du Gros-Morne, Atelier de Sainte-Marie, Morne des Esses	18	1962	4 : S.A.T.E.C. — 14 : S.E.M.
f) *Secteur Construction - Logements.*			
50 logécos de l'unité de production agricole.			
300 rénovations des cases rurales.			
50 logécos des employés de coopératives	780		156 : Investissements privés. 624 : Crédit public à la construction de logécos + système location-vente.
10 logécos des ouvriers de la tannerie .			
200 logécos des artisans des ateliers ..			
40 logécos des pêcheurs de Sainte-			
Total	2.259		

I. — Total des investissements non-localisés dans les quatre Zones-Pilotes	6.870
II. — Total des investissements localisés dans les quatre Zones-Pilotes....	2.259
III. — Total des investissements complémentaires	2.100
	11.229 millions d'AF

Remarque. — Les services sociaux et travaux de viabilité n'ont pas été chiffrés.

2. Critères sociaux de l'action médico-sociale
L'éducation sanitaire

1° *Les termes du problème*

« L'éducation sanitaire est plus qu'une simple propagande, plus qu'une série de leçons d'hygiène. Son but est de mettre l'individu en mesure de savoir ce qu'il doit faire pour préserver sa santé » (O.M.S.),

Ainsi conçue, l'éducation sanitaire d'une collectivité implique la participation de cette collectivité. L'organisation de cette participation sur une base communautaire, nécessite auparavant une connaissance approfondie de ses coutumes et croyances concernant la santé. Il convient d'établir « le contact », le « pont émotionnel » avec cette collectivité qui devient dès lors un public ; enfin, il s'agit de savoir ce qu'on va lui dire. Nous retrouvons ici, les trois termes qui composent le dialogue :

— le public,
— la forme de la communication,
— la communication.

Dans un deuxième temps, il s'agit de savoir qui sera le véhicule, l'agent de la communication : le médecin ? le chirurgien-dentiste ? l'assistante sociale ? l'ingénieur sanitaire ? l'infirmière de santé publique ? la monitrice d'enseignement ménager agricole ? l'instituteur ?

Dans un troisième temps, où dispenser cette éducation sanitaire ? A la maison ? au cabinet médical ? au dispensaire ? à l'école ? à l'atelier ? au cours des réunions collectives ?

Enfin qui atteindre ? le père, la mère ou l'enfant ?

Ainsi posée dans ses termes, l'éducation sanitaire apparaît dans un programme d'action sanitaire comme un élément primordial. L'expérience prouve d'ailleurs, qu'une population préalablement soumise à un programme d'éducation de base, voit les conditions de sa santé largement améliorées. Toutefois, il convient de signaler les nombreux cas d'échec dûs à des erreurs d'application du programme d'éducation sanitaire, erreurs qui seraient évitées si on avait tenu compte dans ce cas, des facteurs sociologiques conditionnant bien souvent les réactions de la population.

2° *Les bases sociales et sociologiques de l'éducation sanitaire à la Martinique*

Par cette étude, nous ferons plus amplement connaissance avec le premier terme de notre schéma : *le public.*

Le public auquel on s'adressera se recrutera plus particulièrement parmi les classes socio-économiques défavorisées et les classes rurales. Il présente des avantages certains par rapport à celui de bien des pays sous-développés : il est très ouvert, très curieux, et on peut même dire, sujet à un « snobisme » social, à savoir qu'on peut lui faire adopter très vite une habitude pourvu qu'il soit prouvé que des personnalités en vue l'ont adoptée, et que ce soit « up to date ». Son enthousiasme est très grand, et on peut arriver aisément à le rendre constructif.

Dans chaque collectivité, il existe toujours plusieurs animateurs ordinaires qui sont les « conteurs » que l'on retrouve surtout en milieu rural, susceptibles d'être utilisés comme agents d'un programme d'éducation de base.

Les habitudes sanitaires ne sont guère originales[1], en ce sens qu'elles font très peu appel à des coutumes ou des croyances très enracinées. Il faut y voir un résultat de la politique sanitaire menée depuis 1946, quoique au demeurant, on puisse noter au passage certaines pratiques héritées du passé. C'est ainsi notamment, que dans les campagnes, les « matrones accoucheuses » ont pris l'habitude de sectionner le cordon ombilical, très près de son point d'insertion fœtale, ce qui a pour effet de doter les enfants d'un ombilic énorme avec une petite hernie bien souvent. Une autre pratique consiste à provoquer sur les jambes (face externe, au-dessus de la cheville) et les bras (niveau du deltoïde) des jeunes filles, une sorte d'ulcération qui aurait la propriété de leur éviter

1. *Quelques recettes médicamenteuses à la Martinique.*
Pour se purger : excréments de cheval dont on extrait le jus qu'on additionne d'huile de ricin.
Contre la crise de vers : huile d'arachide additionnée de sel de cuisine.
Contre la pneumonie et les atteintes pulmonaires en général : synapismes de feuilles de ricin (feuilles, graines) chauffées et additionnées de chandelles molles fondues.
Contre la syphilis : eau courante recueillie dans une jeune calebasse dont on boit une petite gorgée chaque matin. Ou, infusion d'écorse de bois de Moudongue (famille de fromager donnant le kapock) pour la syphilis chronique.
Contre le torticolis : collier d'herbes grasses.
Contre les furoncles : feuille de piment rouge préalablement roulée dans la main pour la rendre souple et adhérente.

des plaies. Cette ulcération se surinfecte souvent, laissant une très vilaine cicatrice circulaire et profonde au niveau de la jambe tandis qu'au niveau du bras, elle aurait une très légère tendance à se surélever. Il semble qu'il y ait là une tendance primitive à la vaccination, que viendrait confirmer la dénomination de cette pratique connue sous le nom de « cautères » (orthographe non garantie).

S'il existe très peu de coutumes sanitaires traditionnelles[1], il existe en revanche un certain nombre d'habitudes hygiéniques mal comprises des individus ; c'est ainsi notamment que beaucoup de mères de famille, bien que lettrées, ne savent pas lire le thermomètre, et donnent une appréciation de la température de leurs enfants, d'une manière toute empirique et subjective ; que d'autres lavent très mal leur biberon, et que le dosage du lait sec pose toujours des problèmes mal résolus.

Du point de vue de l'hygiène corporelle, l'usage du savon et de l'eau est généralisé, et la toilette matinale est de rigueur ; à la campagne, une coutume veut que les enfants se lavent les pieds avant de se coucher, non seulement pour enlever la boue, mais aussi pour éviter une infection par les puces à chiques ; une coutume veut même qu'on enduise les pieds, d'un mélange de kérosène et d'un noyau râpé d'un fruit local (abricots). La brosse à dents n'est pas entrée totalement dans les mœurs, et en milieu rural, il est fréquent de voir les jeunes gens se brosser les dents avec des morceaux de charbon de bois.

Cependant, la psychose des parasites est très vive dans les collectivités, et se traduit par des croyances au demeurant assez fondées, étant donné la situation de l'hygiène alimentaire que nous avons relevé, C'est ainsi qu'il est admis que la « viande donne des vers », de même que certains fruits (goyaves, mangots). Ceci conduit les parents à ne pas donner de la viande aux plus jeunes, et la consommation de viande grillée est exceptionnelle. On fait cuire la viande au point de la rendre immangeable à ceux qui sont habitués aux biftecks. Cette pratique exclut à priori, de l'alimentation infantile, un apport énérgétique de première qualité. Enfin, la morue, les crustacés cuits la veille, sont frappés du même interdit. D'autre part, ce public est très superstitieux et croit dans une notable proportion aux sortilèges (gages) aux mauvais

1. V. p. 186.

esprits (zombis) aux vertus des simples, toutes croyances qui expliquent la relative importance des rebouteux dans les campagnes et même à la ville.

Par ailleurs telle femme enceinte ne voudra rencontrer sur son chemin des êtres diformes ou laids, pour que son enfant n'en subisse les conséquences par simple mimétisme ; dans le même ordre d'idées, telle mère de famille expliquera que la tache qui existe sur telle partie du corps de son enfant est due à une « envie » qu'elle n'a pu satisfaire au cours de sa grossesse, d'où une large nomenclature des taches qui deviennent des « envies » ; envie-pruneaux, envie-pistache, envie-raisin, etc. Il est à noter que cette croyance populaire est aussi répandue en France.

En dernier lieu, il s'agit d'un public très attaché à certains aspects de la religion, même si les hommes fréquentent très peu l'église ; l'autorité morale du clergé est très peu discutée sauf en matière de politique, et en certaines matières, il y aura lieu (Birth-Control) de ne pas heurter de front les idées propagées par la hiérarchie catholique en particulier. On peut se faire une idée de cette emprise paradoxale de la religion ici, source de fétichisme et de véritable croyance, en visitant les églises à la période des examens, où plusieurs messes d'actions de grâce sont dites en l'honneur de tel ou tel saint, pour attirer sa clémence, donc une certaine survivance des coutumes religieuses du Moyen-Age français.

Tel se définit le public martiniquais, ouvert, superstitieux, enthousiaste, versatile peut-être.

3° *Moyens de diffusion*

Le choix des moyens c'est le choix de la forme de la communication, c'est le vecteur du « pont émotionnel » qui doit rendre la communication intelligible.

Ces moyens seront variables, s'agissant d'un individu isolé ou d'un public, de lieux différents ; toutefois ces moyens devront avoir un caractère commun, *être coordonnés* nécessairement dans le temps et dans l'espace.

Nous envisagerons plus particulièrement les moyens qui nous semblent susceptibles d'être employés dans une collectivité restreinte, à savoir un village d'une zone-pilote, qui doit constituer à notre avis, la base numérique de tout programme d'éducation

sanitaire. Cette méthode nous apparaît utile et profitable, car elle permettra de juger à petite échelle des résultats et de les mieux contrôler. S'agissant d'une base communautaire, il sera plus facile à cette échelle, d'organiser la participation des membres de la collectivité, par la création d'un conseil de village disposant d'une structure interne, où les conteurs pourront jouer le rôle d'animateurs.

Ce conseil de village pourra dresser un véritable catalogue des problèmes qui préoccupent la collectivité, dn même temps qu'il organisera les réunions au cours desquelles seront discutés ces problèmes. Le rôle des conteurs sera d'attirer les familles en suscitant un intérêt immédiat pour ces réunions, car il ne faut pas oublier que ces personnages avaient coutume d'animer, et continuent encore à le faire, les veillées martiniquaises. A côté de conteurs, il conviendrait de prévoir des *agents communautaires* choisis par les membres les plus évolués de la collectivité, et qui seront chargés du recensement des besoins, préalablement inventoriés sur imprimés, qu'ils rempliront ou feront remplir par chaque famille.

Ces agents communautaires devront être recrutés surtout parmi les jeunes adultes des deux sexes ; autour de ce noyau, on pourrait construire par la suite, l'ensemble de l'organe agissant qui devra mener à bien le programme. Ce sera aussi bien l'organisation matérielle des causeries et conférences collectives d'information générale, que la projection de films destinés à faire le point sur le problème, et établir une relation de cause à effet, entre la notion d'hygiène et celle de santé. Cette notion sera d'autant plus facile à atteindre que la majorité des individus de la collectivité martiniquaise, ont reçu déjà un rudiment d'éducation de base par l'enseignement primaire. Donc, ici se posera très peu, le problème d'un enseignement pour adultes, comme dans d'autres pays.

Parmi les moyens techniques qui semblent recommandables, les moyens audio-visuels apparaissent comme les plus déterminants, pour la population martiniquaise, vu les qualités de réceptivité que nous avons notées.

Les affiches, les films, les revues, les imprimés, sont autant de moyens qui auront une grande répercussion sur une population où l'absence d'une presse convenable amène les individus à « dévorer » n'importe quelle lecture opportunément offerte[1].

1. *Dans certaines familles, on lit faute de mieux, le « Journal officiel ».*

Mais l'ensemble de ces moyens ne doit pas être utilisé simultanément ; nous pensons qu'une première réunion d'information groupant adultes et jeunes, hommes et femmes, conçue sur une base récréative constructive, devrait être la première manifestation de ce programme. Au cours de cette manifestation, le recensement des éléments de l'organisation de base serait effectué ; les problèmes des hommes et ceux des femmes n'étant pas les mêmes, il semble judicieux de former trois petits sous-comités : celui des femmes, celui des hommes, celui des jeunes de dix à seize ans.

La création de ces comités, en même temps qu'elle permettrait aux uns et aux autres de se mieux connaître, serait un moyen de continuation de l'effort d'éducation sanitaire sur d'autres plans, puisque tout aussi bien, il s'agit de faire passer dans les mœurs, un certain nombre d'habitudes sanitaires, et pour ce faire, il faudra que la « Communication » ait des prolongements lointains dûs non seulement à l'automatisme, mais aussi au geste raisonné.

Cette création posera aussi un autre problème, celui des lieux de réunion pour adultes d'une part, des maisons de jeunes d'autre part. En milieu rural, il sera relativement facile à régler, tandis qu'en milieu urbain, il s'agira de prévoir dans les lotissements, des lieux de rencontre, des salles de réunion, des « clubs ».

Dès lors, l'action d'éducation entreprise tout d'abord avec un public large, pourra se compléter et s'étendre à la maison familiale même par le truchement d'autres auxiliaires, en particulier, les aides familiales, les infirmières de santé publique, les monitrices d'enseignement ménager agricole ; cette action pourra se prolonger sur le lieu de travail, à l'atelier, à la coopérative de production et d'approvisionnement où un service d'information devra être institué au dispensaire de P.M.I. par l'assistante sociale et le médecin, à l'école par l'instituteur, et surtout à la cantine scolaire où le surveillant devra veiller à ce que l'enfant respecte certaines normes d'hygiène élémentaire. La coordination de ces différentes actions complémentaires, nécessite de plus larges explications quant au rôle que nous assignons à chacun des exécutants, et en particulier à ceux que l'habitude n'a pas encore fait entrer dans les mœurs, à savoir : l'infirmière de santé publique, la monitrice d'enseignement ménager agricole plus particulièrement, et d'une manière plus accessoire, l'aide familiale, qui n'est pas connue à la Martinique, bien que l'existence d'un tel service social soit réel dans ce pays.

L'infirmière de santé publique.

Dans un pays où l'infirmière soignante a pris très peu d'extension malgré les efforts de soins à domicile de la Sécurité sociale, introduire la notion d'infirmière de santé publique, pourrait apparaître comme un pari aléatoire. Or, il n'en est rien, surtout si l'on sait que le rôle de l'infirmière de santé publique est de favoriser une promotion de la santé, par la prévention des maladies et la réadaptation des convalescents.

« Son premier devoir est de fournir des services généraux aux familles, aux groupes, aux individus. *Elle agit le plus souvent en qualité d'agent d'un service de santé organisé et de caractère public.* Elle donne des soins directs aux malades à leur foyer, instruit et surveille un travailleur auxiliaire, ou un membre de la famille qui leur assurera ces soins, ou les dirige vers un service spécialisé. Elle veille à ce qu'ils reçoivent tous les soins nécessaires jusqu'à guérison complète ; c'est là une tâche qui englobe même la réadaptation.

Elle participe aussi aux immunisations et aux inspections sanitaires, recueille les prélèvements pour le laboratoire, et de plus en plus procède elle-même aux épreuves de diagnostic. Dans son rôle de conseillère familiale, *elle mobilise les ressources de la collectivité pour répondre aux besoins d'une famille,* resserrant les liens entre celle-ci et le praticien de médecine générale. Se trouvant dans la famille à des moments critiques (naissance, mort, maladie) l'infirmière de santé publique, est mieux placée que quiconque pour gagner la confiance de tous et faire *œuvre éducatrice.* Aux prises avec des problèmes autant sociaux que médicaux, elle doit être parfaitement au courant des possibilités d'assistance sociale ».

Ainsi sont définies par l'O.M.S. les tâches assignées à cette auxiliaire précieuse et cette collaboratrice des praticiens. La diversité des attributions de l'infirmière de santé publique, et surtout les liens et les contacts qu'elle doit établir avec la population, nécessitent sa présence constante au sein de celle-ci. En milieu rural martiniquais, une telle auxiliaire devient inestimable.

Son recrutement ne devrait pas se heurter à des difficultés insurmontables, du fait de l'existence d'une école locale d'infirmières qui semble devoir produire plus d'infirmières que les hôpitaux locaux n'en absorberont jamais. Dès lors, il suffirait d'orienter l'enseignement de base vers l'administration sanitaire, et par des stages pratiques dans des zones-pilotes, recruter ainsi un nombre

non négligeable d'infirmières de santé publique (au moins dix par an).

Au cours des stages pratiques, il serait loisible de proposer l'application d'un programme d'éducation sanitaire, au niveau d'une collectivité limitée, ce qui permettrait de déterminer les lauréates les plus capables et les plus aptes à résoudre les problèmes posés sur le terrain.

Le rôle de ce personnage par conséquent, est donc capital dans tout programme d'éducation sanitaire, et nous avons vu qu'il est très possible de former dans l'immédiat un groupe d'éléments à cette fin.

Installée à demeure dans une zone-pilote, l'infirmière de santé publique devra commencer le recrutement des « agents communautaires » à qui elle enseignera leur rôle, prendre contact avec les femmes pour organiser leur participation, aider à la formation des groupes de jeunes avec l'aide et les conseils de l'assistante sociale. S'agissant d'un pays où l'homme jouit en fait sinon en droit de privilèges « romains », il semble peu indiqué dans une première phase que la participation masculine soit organisée par l'infirmière ; elle devra laisser ce soin à l'expert ou à l'appréciation du médecin.

Cette organisation communautaire devra nécessairement précéder les conférences publiques et autres séances de cinéma éducateur, ou les discussions avec les différents éléments de la collectivité, tant en ce qui concerne les problèmes agités par ceux-ci, que les solutions proposées par les experts.

Enfin, l'infirmière de santé publique devra former un véritable service d'aide familiale au sein des maisons de jeunes, en leur indiquant leur rôle, leur tâche, et ce qu'elles doivent savoir. Ce serait là un programme de promotion de la jeune fille martiniquaise, et en même temps un exemple concret d'entr'aide sociale collective.

L'aide familiale.

Cette auxiliaire des services sociaux, n'est pas connue à la Martinique, sous son aspect français. S'il est de rigueur qu'une voisine vienne aider une autre qui se trouve dans l'incapacité matérielle de vaquer à ses tâches quotidiennes, cette aide n'est pas constante, et elle est souvent parcimonieuse du fait même de la situation des aides bénévoles.

Il y aurait là une occasion d'utiliser le potentiel humain que constituent les jeunes filles souvent sans profession, et sans occupa-

tion, qui peuplent la ville et la campagne, en les préparant à leur futur métier de femme, qui sous l'aspect d'aides familiales rémunérées, seraient mises par la collectivité à la disposition d'une famille où la mère, du fait de la maladie ou de la maternité, ne peut assurer ses devoirs de maîtresse de maison. L'aide familiale en résidant durant la journée à la maison, en éduquant les enfants aînés s'ils existent, en prenant soin de la malade, seconderait efficacement l'infirmière de santé publique, en assurant une continuité dans la valeur des soins.

La monitrice d'enseignement ménager agricole.

Contrairement à l'aide familiale, c'est une auxiliaire connue à la Martinique, et chaque année plusieurs dizaines de jeunes filles sont formées à cette fin. Leur rôle non défini dans bien des cas, est responsable d'un devenir sans perspective, ce qui aurait tendance à faire considérer ces études comme sans intérêt par une grande majorité d'individus.

Cependant une utilisation judicieuse de ces monitrices au sein des familles rurales, où elles apprendraient aux mamans à doser leur menu, à les varier d'après la valeur énergétique des aliments autochtones (voir tableau) ne manquerait pas d'avoir les plus heureuses répercussions sur l'hygiène alimentaire des individus. L'enseignement de nombre d'autres applications pratiques concernant l'habitat viendrait corroborer les résultats acquis par ailleurs.

Ces monitrices pourraient aussi être utilisées au niveau des services d'information et d'éducation de base des coopératives agricoles, des cantines scolaires et ouvrières. Cette diversification de leur fonction tout en leur assurant une meilleure rémunération, pourrait avoir des conséquences bénéfiques sur l'hygiène alimentaire en général, et renforcerait par voie de fait le potentiel travail et production de l'ensemble de la collectivité.

Les autres agents du programme d'éducation sanitaire, médecin, chirurgien-dentiste, assistantes sociales, ingénieur sanitaire, instituteur, pourront chacun œuvrer dans leur domaine propre, sur le plan général d'abord en participant aux conférences d'information et aux programmes d'assainissement, sur le plan particulier ensuite, en multipliant les conseils individuels au cabinet, au dispensaire, à l'école.

Le médecin, ou l'ingénieur, plus sûrement l'instituteur, pourront

en outre organiser la participation masculine, que ce soit pour l'inciter à soutenir l'action des épouses, ou pour faire appel à ses bras pour un programme d'assainissement communautaire comme l'installation de latrines familiales.

4° *Contenu du programme d'information*

Avec cette étude nous aborderons le troisième terme du dialogue : la communication.

Celle-ci doit correspondre à plusieurs critères :

— répondre aux préoccupations du public,

— ne pas heurter de front ses croyances et coutumes,

— établir un lien entre les préoccupations et les solutions proposées,

— ne pas être de compréhension trop difficile,

— être vivante et susceptible de s'imposer spontanément aux individus.

Par exemple, il serait infiniment désastreux de produire un film traitant de l'eradication du paludisme en Europe ou en Afrique, alors que la population a une mentalité insulaire avec des préoccupations très nettes ; de même, il serait hasardeux de produire un documentaire sur un autre pays des Caraïbes présentant les mêmes caractéristiques, et de trop insister sur le nom de ce pays. Le public doit être informé qu'il s'agit de problèmes martiniquais auxquels on l'invite à discuter, sinon, il risque de ne pas trop participer d'une manière active.

En ce qui concerne le choix des techniques, le dessin animé, les images saisissantes à type de slogans pourront être retenues avec facilité par une population assez espiègle au demeurant.

Parmi les problèmes à débattre, il conviendrait d'inclure, même si le public n'en faisait pas mention, deux sujets d'une urgence extrême, celui de la limitation des naissances plus connue sous le nom de « Birth-Control » et celui de l'assainissement.

Le Birth-Control.

Aborder ce sujet à la Martinique, peut exposer les auteurs à un échec retentissant si certaines précautions générales ne sont pas prises. Il faut éviter à tout prix que dans un programme la limitation des naissances prenne l'allure d'une révolution dans les croyan-

ces et les traditions chrétiennes des individus. Il conviendrait, à ce propos, de substituer le mot « planification » au mot limitation, ce qui pourrait satisfaire tout le monde y compris les hommes, et ne heurter personne, en particulier le clergé.

L'utilité des trois comités dont nous recommandons la création, peut être ici mise à profit, en ce sens qu'il faudra aborder le problème par étapes, d'abord avec les adultes (les sexes séparés) ensuite avec les jeunes. Par la suite un comité mixte adulte, pourra être réuni, au cours duquel les hommes pourraient confronter leur point de vue éventuellement avec les épouses. En ce qui concerne les jeunes, il s'agira beaucoup plus d'une éducation sexuelle qui pourra être prodiguée par l'infirmière de santé publique, qui, jouissant de la confiance des parents pourra aborder à leur place ce délicat problème.

Il va de soi que cette éducation devrait commencer pour les jeunes filles dès l'âge de treize ans, l'expérience montrant que la jeune fille martiniquaise est très menacée à partir de cet âge, et en particulier en milieu rural. Pour les jeunes gens, l'âge de seize ans paraît raisonnable.

Avec les hommes, un grave problème se pose, car à la Martinique comme ailleurs, ils ont tendance à considérer comme une brimade, tout programme de limitation des naissances. C'est ainsi notamment qu'à la faveur de cette expérience, on a vu à la Jamaïque, la population croire à des rumeurs tendant à lui faire admettre qu'il s'agissait d'une manœuvre machiavélique des Blancs, destinée à rayer la race noire de la carte. Ces erreurs grossières peuvent se répéter à la Martinique en 1961, et pour les éviter, il faut d'abord expliquer aux uns et aux autres les bases fondamentales de la reproduction chez les êtres humains. Nous avons été impressionnés de découvrir chez les individus du sexe masculin, une forte proportion d'ignorants en ce domaine : c'est ainsi qu'un agent de police interrogé (père de onze enfants) avoue n'avoir jamais fait une relation de cause à effet entre la grossesse et l'émission de sperme ; d'autres pensent au contraire que le simple fait d'avoir des rapports sexuels conduit à la grossesse.

Chez les femmes, l'ignorance revêt un autre aspect ; pour certaines le fait d'allaiter et de ne pas avoir de règles tant que dure l'allaitement, est une garantie contre la grossesse. Pour d'autres qui sont plus instruites, c'est une mauvaise interprétation du calendrier Ogino ; chez toutes les femmes, c'est une méconnaissance

quasi-générale des notions élémentaires d'anatomie, du fait de tabous, mais plus sûrement d'une faillite de l'éducation à ce sujet. Un fait qui vient améliorer cette situation, est le désir évident de la plupart des mères interrogées d'être éclairées sur ce point. C'est pourquoi, la femme ici, sera un atout considérable, dans ce programme d'éducation.

Au contraire, l'homme martiniquais est plus aisément fataliste en ce domaine ; il a une tendance à considérer que le rôle de la femme est de faire des enfants, et puisque Dieu le veut, d'accepter ce que mère Nature lui imposera. Toutefois, il faut avoir aussi présent à l'esprit que l'enfant dans les classes socio-économiques défavorisées est considéré comme une richesse, et que l'appellation prolétaire prend ici toute sa valeur ; dans bien des familles rurales, l'enfant reste malgré l'institution des allocations aux vieux travailleurs, la garantie de la vieillesse de ses parents.

On peut aussi comprendre les multiples causes annexes qui ici, jouent tant du côté des hommes que des femmes, en faveur d'une démographie galopante, malgré le désir timide exprimé çà et là, d'une amélioration des charges.

Les considérations qui précèdent font comprendre de plus, pourquoi dans une première phase de cette éducation de base, il serait maladroit de diffuser des anti-conceptionnels à grand renfort de publicité, la population risquant de mal les utiliser, et d'être peut-être opposée à une telle pratique, du fait d'une certaine ignorance.

Enfin, il ne faut pas attendre du programme de Birth-Control, un fléchissement net du rythme des naissances ; ce que l'on peut, par contre espérer plus raisonnablement, c'est une meilleure compréhension de ce problème, et d'amener par l'élévation des niveaux de vie, les individus à être plus conscients de leurs responsabilités.

L'assainissement

Dans le cadre expérimental qui nous préoccupe, à savoir débuter une expérience d'éducation sanitaire dans une zone pilote restreinte, en milieu rural, le problème de l'assainissement affectera plus particulièrement le devenir des excretas humains qui constituent comme nous l'avons vu, un véritable péril fécal, compromettant la santé des individus par une propagation des œufs de parasites intestinaux en particulier.

La solution de ce problème sera d'autant mieux accueillie, que la population en subit les désagréables conséquences telles les émanations nauséabondes, et le désagrément de retrouver dans les allées des jardins potagers et des champs de cultures vivrières, des lots de « fumier » humain qui ne sont guère appréciés ici.

C'est pour ces raisons qu'un programme d'installation de latrines familiales, sera dans la plupart des cas bien accepté par les femmes d'une part, à qui cela évitera une corvée pas toujours appréciée, de transports de matières fécales, et par les cultivateurs d'autre part, qui y verront une fin à leurs tourments.

Il nous semble que le choix de cabinet à fosse avec superstructure en dur ou en matériaux locaux (bambous pour les palissades et toits de chaume) sera judicieux dans une première phase et compatible avec les données actuelles de l'habitat rural à la Martinique. Malgré le revenu relativement bas des familles, on peut espérer leur faire débourser, échelonnée sur douze mois, une somme équivalente à 50 NF actuels représentant leur participation à l'achat des plaques et soubassement que le service de la Santé et de la Population avec une participation des collectivités locales et de l'Etat, pourrait mettre à leur disposition à des prix concurrentiels et abordables[1].

On peut concevoir la fabrication de ces plaques et soubassements par l'industrie briquetière locale, qui pourrait parvenir à faire des prix intéressants pour une grande production de plaque d'argile émaillée.

Il convient de se souvenir qu'il faudra presque invariablement faire dans chaque famille deux latrines, et par conséquent deux fosses, pour la raison déjà évoquée, à savoir que les hommes déféquant en position accroupie nécéssiteront des latrines à la turque (dalle avec trou et pose-pieds) alors que les femmes exigeront des sièges, parce que déféquant en position assise.

Pour les travaux de terrassement, on pourra indiquer à chaque famille les normes de chaque fosse, et avec quelques conseils de l'ingénieur sanitaire, montrer comment faire les différents travaux de consolidation de l'ensemble, en particulier comment fortifier la partie qui devra supporter la superstructure. Rappelons que les

1. Prix actuels d'une plaque dans le commerce : 14.000 francs ;
Prix actuels d'une plaque à l'usine : 7.000 francs ;
— — d'un siège dans le commerce : 14.000 francs ;
— à l'usine : 7.000 francs.

bambous sont gratuits dans le pays et peuvent constituer des matériaux de première qualité, s'ils sont bien utilisés, et en particulier s'ils sont goudronnés ce qui leur évitera d'être dévorés par les mites.

LATRINE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE VULGARISÉE
EN MILIEU RURAL

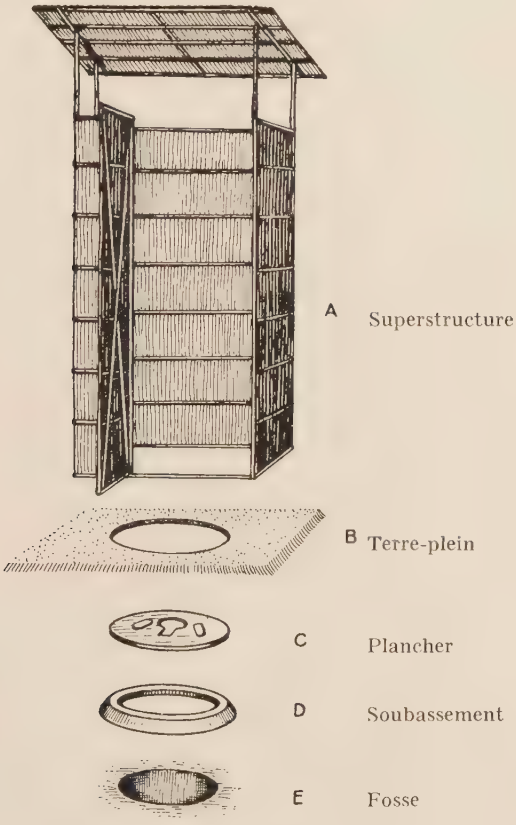


Fig. 2

Le cas échéant, il serait judicieux de faire une démonstration devant les hommes du village, chez un particulier. Enfin, dans les cas où le problème de l'adduction d'eau est résolu, on peut conseiller d'installer une douche dans un ensemble qui comprendrait les latrines, soit une superstructure avec trois loges individuelles à ouverture propre, sans communications entre elles. Cette manière de procéder, éviterait dans bien des cas que les latrines ne soient pas lavées, le martiniquais ayant conjointement une tendance à

FOSSE AVEC SES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS

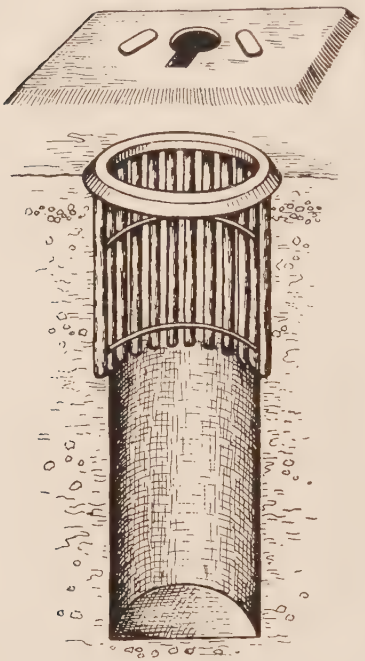


Fig. 3

la négligence, qui est contrebalancée par un gout de la propreté corporelle et même une certaine coquetterie qui lui rendra intolérable par conséquent, de se doucher à proximité de latrines sales.

Dans d'autres cas, il faudra prévoir carrément une amélioration de l'habitat avec l'installation de fosses septiques intérieures et cabinet à chasse d'eau. Cette possibilité est accessible à un grand nombre du fait des nouvelles mesures prises en faveur de l'amélioration de l'habitat rural mesures sur lesquelles nous reviendrons.

Si l'installation de latrines doit pouvoir soulever un certain enthousiasme et une coopération de la population, par contre, il sera plus difficile de faire accepter aux cultivateurs, l'usage du compost organique ainsi réalisé par les fosses. On sait en effet que lorsqu'une fosse est remplie dans ce système, il faut l'abandonner provisoirement et en creuser une autre sur laquelle on transporte la superstructure. La durée d'une fosse varie en fonction de sa profondeur et du nombre d'usagers ; on peut espérer faire des fosses d'une durée de 4 ans minimum, ce qui satisfaira tout le monde, mais quant à savoir les réactions des familles devant le transport de la

superstructure, et la réutilisation de l'ancienne fosse après en avoir extirpé le compost, c'est un point qui peut être litigieux.

C'est pourquoi, il sera nécessaire de faire une éducation des cultivateurs, et leur démontrer que ce compost a une grande valeur nutritive pour les plantes, qu'il n'est pas nauséabond, et qu'il ne risque pas d'être gênant. Si l'on veut faire entrer dans les mœurs, l'usage de l'engrais humain, et plus tard l'utilisation des boues digérées en provenance des égoûts, il faudra intensifier une campagne d'informations par le biais des coopératives agricoles et des conseils de village.

Enfin, la formation d'une véritable brigade d'agents sanitaires départementale sera nécessaire pour l'inspection des latrines, et vérification de leur utilisation. La seule perspective de l'inspection incitera d'ailleurs les familles à prendre soin de ces lieux.

Mais ce programme d'assainissement devra nécessairement s'accompagner d'une véritable politique de l'habitat.

L'amélioration de l'habitat

Cette amélioration sera possible si les conditions économiques le permettent, et si le besoin s'en fait sentir ; or, il ne fait pas de doute que ce sera là, l'une des tâches du programme d'éducation sanitaire que de faire ressortir, les dangers et les aléas de la promiscuité, ainsi que les incidences d'un mauvais habitat sur la santé des enfants. Car, il faut dire ici, que le Martiniquais, s'il est attiré par une belle maison qui le flatte, vis-à-vis de l'extérieur, n'en voit pas toujours la nécessité, encore moins le besoin. Un habitat convenable est dans bien des cas considéré comme un superflu, ou plus exactement comme un luxe, ce, d'autant que tout programme en ce domaine se heurte aux prix prohibitifs des terrains à bâtir (1.500 fr. le m^2 en milieu rural !) à l'instabilité de l'emploi, au coût élevé des matériaux de construction.

Cependant, un effort considérable a été fait par différentes sociétés dont la S.A.T.E.C. et la S.I.A.G., pour la recherche de réalisations nettement compétitives sur le plan de la construction. Les *logécos* représentent un résultat appréciable pour qui savait les prix fantaisistes appliqués dans certains milieux du bâtiment. C'est ainsi qu'un expert a fait établir un devis par des entrepreneurs locaux, et par des experts métropolitains, et qu'il a pu constater qu'il existait un rapport de 2 à 1 entre les prix de revient présentés par les deux groupes.

Parmi les réalisations, suscitées par la S.A.T.E.C. au sein des Coopératives d'artisans ; tel le C.A.D.E.T. (Centre artisanal d'Etudes et de Technique) citons les prototypes connus sous le nom de ; *I bon même* (Coût : 700.000 anciens francs) *Daris* et *Caille moin a* (voir Fig.)

Les locataires éventuels peuvent acquérir ces maisons en versant chaque mois un loyer qui est capitalisé par la suite, instituant un véritable système de location-vente. Cette politique du crédit, a eu l'incidence heureuse de permettre aux collectivités locales d'entreprendre de véritables plans « d'assainissement » de l'habitat, en provoquant la construction de lotissements économiques dans les zones particulièrement défavorisées, où bien souvent on pratique des prix prohibitifs pour des taudis. C'est notamment le cas à Trinité au quartier dit « du Brésil », à Sainte-Marie à l'entrée Sud du bourg, à Fort-de-France dans différents quartiers. Signalons en passant que la viabilité des lieux n'est pas toujours assurée avec toute la rigueur nécessaire, et que dans certains cas, ces travaux commencés après, ont été plus coûteux pour la collectivité

La Sécurité sociale a participé dans certains cas à ce programme en versant une cotisation prélevée sur son budget action sanitaire et sociale.

Néanmoins, la difficulté demeure au niveau du revenu mensuel de bon nombre de travailleurs des classes défavorisées, et tant qu'une politique économique ne leur permettra pas d'augmenter ce revenu, il est peu probable qu'ils envisagent l'acquisition d'un habitat convenable.

Dans ces conditions, l'un des aspects intéressants du Plan Vellas est de prévoir dans le cadre des coopératives, concomittamment à la création d'emplois nouveaux, un service d'épargne logement, où une partie de l'augmentation de revenu, est consacrée à l'amélioration de l'habitat.

Dans le cadre de l'effort entrepris pour une revalorisation du patrimoine immobilier, on note que du 1er janvier 1958 au 31 octobre 1960, 2.938 permis de construire ont été délivrés en regard de besoins évalués à 40.000, que pendant la même période des crédits d'un montant de 595.262.300 francs ont été consacrés par les organismes publics à l'amélioration de l'habitat actuel (472.195.400 fr. par la S.A.T.E.C.) et à la construction de nouveau logements (primes provisoires : 125.060.900 fr.) ; cette somme ne représente donc pas la totalité des sommes versées, mais des

sommes promises. Il est inutile d'en souligner le caractère dérisoire, surtout lorsque l'on peut évaluer le rythme de la construction au cours de ces 3 dernières années à 500 logements construits en moyenne par an, en comptant très largement.

On note aussi, que les logécos ne dominent pas encore, puisque sur 1.044 logements terminés au 31 octobre 1960, les logécos ne représentent que 314 logements. On ne peut dire dans ces conditions que l'action sanitaire et sociale en matière d'habitat ait joué jusqu'à maintenant, en faveur des plus déshérités, qui sont cependant l'écrasante majorité.

Du point de vue habitat rural, si l'on constate qu'un réel effort a été fait, il reste que le prix de 1.457.000 francs pour une maison rurale pourvue de sanitaire, d'une citerne pour recueilir les eaux de pluie, et d'une douche (type II F4) est encore hors de portée de la plupart des familles rurales martiniquaises. Même avec la prime de 400.000 francs du Génie rural, le cultivateur indépendant n'a pas dans l'état actuel de l'état actuel de l'économie du pays des possibilités financières qui lui permettent l'accession à un tel habitat.

Si l'on se base sur les estimations officielles concernant la croissance démographique, la Martinique aura dépassé en 10 ans, le chiffre de 350.000 habitants, à compter de 1960 ; or, si le rythme de la construction sévit à l'allure de 500 logements annuels, pour loger tout le monde, et satisfaire les seuls besoins actuels, il faudra attendre 80 ans !

Donc aucune action médico-sociale ne peut être efficace dans un tel contexte ; là où on dépense 500 millions d'anciens francs, il faudrait prévoir 2.000 millions annuels, soit quadrupler les investissements publics et établir un véritable plan décennal au bout duquel 40.000 logements devraient être réalisés, soit 4.000 par an, ou 8 fois le nombre actuel.

Pour que cette action de l'Etat soit pleinement rentable pour la collectivité qui reçoit, faut-il encore qu'elle puisse avoir les moyens de rembourser en travaillant. Le problème comme on voit reste encore économique.

Il convient cependant de souligner que dans l'effort d'amélioration de l'habitat entrepris ici, une chose remarquable a pu être prévue, à savoir, la constitution de réserves foncières d'un total encore modeste mais prometteur de 103 hectares.

Il faudra pourtant sortir de ce cercle infernal du sous-développement, et parmi les moyens à mettre en œuvre, il va s'en dire que

le programme d'éducation sanitaire devra comporter, un programme d'information très large.

Le programme d'information générale

Ce programme aura un double intérêt : tout d'abord, permettre aux individus qui l'ignorent dans la plupart des cas, de savoir quels sont leurs droits en matières d'assurances sociales, de primes à la construction, à la production, etc., ensuite, de susciter des besoins dynamiques, qui jusqu'ici étaient des velléités. Que la velléité affichée d'un logement devienne la volonté de travailler pour obtenir ce logement, puisqu'il est démontré que pendant 4 mois au moins dans l'année, un individu peut trouver du travail s'il le veut. Ce serait par ce biais, favoriser le plein emploi, et par conséquent augmenter la productivité du monde du travail ; car il est plus que certain, que beaucoup de travailleurs lésineraient moins à accepter un travail, s'il était prouvé une fois pour toutes que le remboursement des soins médicaux par exemple, ou les prestations familiales, étaient proportionnées au nombre de jours de travail. Les employeurs locaux, pourraient intervenir à leur tour en établissant dans leur propre intérêt, et celui de la collectivité, des primes de rendement, pour les ouvriers industriels et agricoles qui se signaleraient par leur travail, ces primes venant en surplus du S.M.I.G.

L'information générale devra aussi porter sur les méfaits de certaines pratiques alimentaires et sanitaires ; il ne faudrait d'ailleurs pas hésiter à utiliser le côté superstitieux des membres de la collectivité, dans leur intérêt propre et celui de la collectivité, en leur inculquant l'horreur du microbe.

Dans ce travail d'information, une place spéciale doit être prévue pour la lutte anti-alcoolique.

La lutte anti-alcoolique

Grave problème médico-social, l'alcoolisme a été combattu jusqu'ici, en traitant les malades à l'hôpital psychiatrique, et en essayant de prévenir une rechute des convalescents, en les faisant suivre par une assistante sociale à domicile.

On s'est peu attaché à résoudre le problème à la base, soit en recherchant une amélioration des conditions de vie, ce qui ne peut entrer dans les compétences du corps de la Santé publique. Quelques timides slogans anti-alcooliques ont cependant été lancés dans les

salles de cinéma, mais leur portée a été nulle, d'autant que c'était des films réalisés en Europe, et s'adressant à des buveurs de vins. Le Martiniquais des classes populaires est un buveur de rhum, et son alcoolisme n'a pas les mêmes caractères que celui du compatriote métropolitain des classes populaires qui se saoule au vin. C'est bien souvent un individu qui reste dehors pour ne pas rentrer dans un misérable taudis ou une malheureuse cabane dans laquelle il y a souvent beaucoup d'enfants. Ce qui est le rituel « pétard »[1] devient le refuge de l'amertume et du désespoir. Tout un ensemble de facteurs sont là pour aggraver la solitude du travailleur : l'exiguïté de l'habitat, le manque de distractions véritables, les charges familiales, la vie chère, l'absence de salle de réunion où on peut se détendre et oublier ses soucis. Dans d'autres pays, une telle situation a provoqué pas mal de ressentiment caché.

Il appartient au monde syndical d'organiser la lutte anti-alcoolique sur un premier plan qui sera l'organisation des loisirs des travailleurs, et c'est très facile en ce pays où on rit si vite de rien ! Il suffit d'un peu de bonne volonté et d'un peu d'esprit d'organisation, que l'on peut susciter au niveau des conseils de villages. Sur un second plan, il convient de créer des cantines d'atelier dans les usines et sur les lieux de travail, avec des cuisinières dont les entreprises pourraient prendre en charge la rémunération, dans le même temps qu'elles pourraient contribuer à l'équilibre alimentaire par des apports en nature. C'est encore une fois dans leur intérêt, et celui de la collectivité.

Ces sortes d'arrangements peuvent être soulevés au cours des discussions de conventions collectives, au cours desquelles l'Etat peut, lui aussi, apporter une contribution en nature (par l'octroi de surplus agricoles français aux syndicats ou aux associations d'ouvriers d'entreprise) ou financières par l'octroi de subvention d'équilibre de l'alimentation. Cette dernière solution est toutefois moins bonne. Le système peut bien marcher avec un bon système de contrôle des monitrices d'enseignement ménager agricole qui pourraient être chargées de l'inspection des cantines. Rappelons à ce propos que l'Etat français en passant certains marchés extérieurs sur les produits agricoles vend à perte (jusqu'à 50% valeur française) et que l'on peut très bien envisager une telle pratique de subvention à l'intérieur du cadre juridique français, en faveur de certaines collectivités, des D.O.M.

1. « Pétard » : terme martiniquais signifiant un verre de rhum sec.

Avec ces deux seules mesures, on peut enrayer en un an l'évolution de l'alcoolisme, et la diminuer encore plus, par un travail d'informations réalisé avec les hôpitaux psychiatriques de la Martinique au cours d'un film montrant les différents stades de la dégradation de l'individu qui boit. Nul doute que cela n'ait une action bénéfique.

Cependant, une levée de boucliers des producteurs de rhum est à craindre ; dans ces conditions, dès lors qu'on aura acquis les deux mesures mentionnées précédemment, on peut donner satisfaction sur un tel sujet, d'autant que le même travail peut être fait (moins efficacement, certes) au cours des conférences d'informations dans les villages.

On ne saurait enfin parler d'éducation sanitaire sans aborder la solution des problèmes posés par la protection maternelle et infantile.

La protection maternelle et infantile

Protéger la mère et l'enfant en l'état actuel de l'organisation de la P.M.I. à la Martinique, risque d'être un pari perdu d'avance ; pourtant aucun lieu n'est plus propice à l'éducation sanitaire, et par conséquent à la sauvegarde de la santé publique.

Il faudrait, augmenter nettement le personnel affecté à cette tâche, et en particulier recruter deux médecins supplémentaires à plein temps, là où il n'y en a que deux. Les auxiliaires médicales en l'occurence les assistantes sociales actuellement au nombre de 14, pour tout le département, devrait passer au chiffre minimum de 32, soit au moins une par commune.

Pour pallier à l'irrégularité des visites des mères de famille, on pourrait prévoir un système de prestations destinées à rembourser à la mère de famille, la journée de travail perdue. Dans le domaine diététique, un service d'informations devrait fonctionner au niveau des dispensaires de P.M.I. pour conseiller les mamans sur les régimes l'utilisation des laits, l'hygiène générale du nourrisson.

Par ailleurs en matière de protection infantile, il convient de renforcer le contrôle sanitaire des crèches actuellement dirigées dans la plupart des cas par des personnes incompétentes ; ceci implique le recrutement de puéricultrices qui pourront en plus, dans les agglomérations industrielles, et en particulier dans la capitale, Fort-de-France, s'occuper des Jardins d'enfants, où pourraient être confiés les tout petits dont les mamans ne peuvent

s'occuper du fait de leur travail. Cette politique renforcée par l'institution de crèches obligatoires dans toutes les entreprises employant un nombre important de mères de famille, en particulier les sucreries, ne peut que redresser à bref délai le niveau sanitaire des populations, et diminuer les charges-maladies de la collectivité.

En bref, on retiendra que le programme d'Education sanitaire, devra se dérouler sur deux plans :

— le plan général, avec un renforcement des moyens médicaux et financiers, en matériel et en personnel, ainsi que par la création de crèches et de jardins d'enfants, partout où leur présence s'avèrera nécessaire, et enfin par le contrôle sanitaire des crèches existantes. Ce programme sera complété par le développement des services d'informations pour l'éducation de base des populations ;

— sur le plan particulier, c'est l'organisation de la participation des populations des zones-pilotes, organisation où l'infirmière de santé publique, et l'instituteur, doivent jouer un grand rôle au sein des familles, des Comités de villages, des Maisons de jeunes.

On peut remarquer que l'ensemble des problèmes évoqués peuvent être résolus dans l'immédiat, sauf deux qui restent tributaires de l'amélioration de la situation économique : l'habitat, et la lutte anti-alcoolique.

On doit aussi souligner que la participation de la population est envisagée à tous moments en collaboration avec les administrations intéressées, que les Comités de village ne peuvent prétendre remplacer ; l'infirmière de santé publique, fonctionnaire de l'administration sanitaire assurera la coordination, ainsi que l'assistante sociale.

3. Les solutions spécifiques

1° *La réforme des lois d'assistance*

Nous avons relevé au cours de l'étude de l'organisation de l'assistance sociale, des anomalies dans le fonctionnement de la Sécurité sociale, ainsi que les abus de fait auxquels avait conduit l'Aide sociale.

A l'analyse, on remarque que l'esprit de la législation concernant la Sécurité sociale n'a pas été respecté, et qu'en fait celle-ci ne peut

compter sur une garantie financière de la puissance publique, garantie à laquelle elle peut prétendre tout comme les organisations de Sécurité sociale en France. Par contre, on notait que l'Etat sous couvert de l'Aide sociale est obligé de prendre en charge un nombre considérable de malades (même assurés sociaux) et que les sommes dépensées rejoignent nettement le budget qui serait nécessaire à la Sécurité sociale pour servir des prestations à tout le monde.

La comptabilité des sommes nous a montré aussi, que la mauvaise gestion hospitalière, ainsi que la pratique médicale agissant dans le même sens que le sous-équipement hospitalier, étaient responsables d'une augmentation considérable des charges de la collectivité en matière de santé publique.

Dès lors, la réforme des lois d'Assistance ne peut prendre effet sans une reconversion hospitalière et médicale ; dans un premier cas, il s'agira d'un problème juridique, dans le deuxième cas, d'appliquer tout simplement le Code de la santé publique en matière hospitalière et médicale, et de rechercher une nouvelle politique hospitalière.

Le problème juridique.

Il se pose en termes assez simples : il s'agit d'unifier Sécurité sociale et Aide médicale, au sein d'un seul et même organisme d'Assurance et d'aide couvrant l'ensemble de la population. L'intérêt est évident, puisque le contrôle des dossiers qui jusqu'à maintenant était difficile (près de 10.000 dossiers en 1960 à être examinés par 3 médecins !) pourrait s'en trouver facilité, puisqu'il n'y aurait plus qu'un seul dossier par assuré. Pour chaque malade, la possibilité de faire appel simultanément à l'Aide médicale, et à la Sécurité sociale n'exiterait plus, et chacun devrait emprunter la même filière d'admission, et par conséquent subir le même contrôle.

Dans les cas litigieux, où un malade se présenterait, et où il ne repondrait pas aux critères énoncés d'ouverture de droit aux prestations maladies, il pourrait être fait appel le cas échéant à une participation de l'individu, et à une caisse de secours approvisionnée par les collectivités locales, puisque celles-ci dans l'état actuel de la législation, versent au titre de l'Aide sociale, une participation qui varie entre 10 et 30%.

Les indigents pourront être pris en charge aussi par la Caisse

générale, et en fin d'exercice, son déficit pourra être amélioré par une subvention de l'Etat.

Le contrôle financier, technique, médical et administratif pourra être accentué de manière à éviter des abus, puisqu'il s'agit d'un organise recevant des fonds d'Etat, et dont l'exercice devra être surveillée par ce dernier.

Enfin, l'institution de Caisses d'Arrondissement de la Sécurité sociale est souhaitable, en ce qu'elle permettrait de faciliter le travail des fonctionnaires de la capitale qui risqueraient d'être débordés sur le plan administratif par les dossiers, ce qui serait donc, une gêne pour le fonctionnement du système. D'autre part, un travailleur ira plus facilement au chef-lieu de son arrondissement pour un accident du travail, ou le remboursement des frais médicaux, ou pour solliciter un renseignement, qu'à Fort-de-France, où il risque d'être plus désorienté.

Ainsi conçu le système ne peut qu'être bénéfique à ceux pour qui il a été édifié et qui jusqu'ici, n'en ont guère profité. De plus, en dépolitisant l'assurance sociale, par la suppression des bons A.M.G. et en ôtant des possibilités de pression gouvernementale au cours des discussions de budget concernant la participation de l'Etat, on rendrait un grand service à la Santé publique dans ce département. Les termes du problème peuvent être acceptés, d'autant que leConseil général a la possibilité de faire des recommandations en matière législative depuis les décrets du 26 avril 1960.

Dans l'immédiat, toutefois, on peut déjà obtenir l'abrogation d'une pratique illégale, qui est la fixation du délai de carence à 7 jours pour le versement des indemnités journalières. En effet dans l'ordre juridique, elle est contraire aux engagements souscrits par la France elle-même dans le cadre des conventions internationales.

C'est ainsi qu'on relève, que la convention de 1952 sur les normes minima de la Sécurité sociale, prise à l'initiative de l'Organisation Internationale du Travail, dispose *que l'attribution de l'indemnité ne doit pas être subordonnée à l'expiration d'un délai de carence supérieur à trois jours.*

On remarque que cette pratique de la Sécurité sociale à la Martinique, prive l'assuré d'une indemnité déjà très inférieure au salaire journalier réel et par conséquent, est une entrave au but que l'on recherche, à savoir sa guérison et sa réintégration dans le monde du travail, puisqu'elle le prive pendant 7 jours des ressources indispensables propres à assurer ses besoins essentiels.

Enfin la réforme des décrets du 12 mai 1960, instituant par voie autoritaire les tarifs de remboursement de la Sécurité sociale, est plus indispensable que jamais. Ces décrets ne tiennent pas compte de la situation propre de la Martinique, et du coût de la vie dans ce département, en fixant le prix des consultations à 500 francs ; de plus, l'Etat, n'ayant pratiquement aucun moyen de pression sur les médecins, aggrave en fait la situation des assurés sociaux déjà défavorisés sur tous les terrains. Sans soutenir certaines prétentions exorbitantes de certains milieux médicaux à la Martinique, on peut concevoir comme un minimum acceptable, le prix de 800 francs la consultation au Cabinet, et de 1.500 francs la visite en ville.

Par ailleurs, il faut souligner ici que l'esprit des décrets est totalement arbitraire, puisqu'il fixe unilatéralement le gain des médecins, les réduisant à une position plus défavorable encore que celle des fonctionnaires de l'Etat, puisque les avantages de la fonction publique leur sont refusés, dans le même temps qu'on fixe leur traitement.

Dans l'intérêt des malades, il semble concevable de parvenir à un accord dans le cadre des conventions collectives entre Caisses de Sécurité sociale et Syndicat des médecins. L'esprit qui a présidé à l'institution de conventions collectives, est, rappelons-le, le droit au travail, la liberté des discussions entre patrons et ouvriers. Or, si l'on considère que la Sécurité sociale se comporte comme un patron, elle se doit de respecter la liberté de décision de ses employés.

D'autre part, si l'Etat veut que la Santé publique bénéficie de la collaboration et de la conscience professionnelle de ses auxilliaires les plus déterminants, il faut qu'il respecte lui-même ses engagements vis-à-vis d'eux.

Dans cet ordre d'idées, il est très facile de parvenir à un accord sur des conventions susceptibles d'être reconduites ou réexaminées tous les deux ans. En agissant de la sorte, on économisera en définitive beaucoup plus, et on gagnera en efficacité. Actuellement, c'est l'assuré qui en pâtit, et ce, d'autant plus que les positions de la Sécurité sociale imposées d'ailleurs par le décret, sont indéfendables en regard des charges matérielles des médecins martiniquais.

Il n'en reste pas moins vrai cependant qu'une reconversion médicale est souhaitable dans le cadre de la révision de la politique hospitalière à la Martinique dont nous allons aborder l'étude des principales composantes.

2° *La reconversion hospitalière et médicale*

L'Hôpital public ne remplissant pas son rôle à la Martinique, la révision des principes empiriques bien souvent, qui sont à la base de son fonctionnement, s'impose. Cette révision est non seulement nécessaire du point de vue administratif, mais aussi du point de vue médical. Dans un premier temps, il convient tout simplement de rendre à l'hôpital public, le rôle qui lui est assigné par les différentes mesures législatives. Cette révision concernera presque essentiellement, les consultations externes, les laboratoires d'hôpitaux, la pharmacie, le personnel médical et le recrutement du personnel administratif. Dans un deuxième temps, il s'agira de refondre le système hospitalier existant actuellement, et qui ne répond pas aux besoins de la collectivité.

La consultation externe.

Elle n'existe pratiquement pas à la Martinique, sauf dans certains services spécialisés, et bien souvent à part quelques exceptions, elle est mal faite. La raison en est, que le médecin consultant a en général son cabinet en ville, et a une tendance à établir une différence entre la médecine faite à l'hôpital et celle dispensée en ville.

D'autre part, les lieux ne sont pas préparés à une telle fin, les salles d'attente étant pratiquement absentes, et les salles de déshabillage n'existant pas. Le seul hôpital répondant aux normes en ce domaine est la Maternité de Redoute, or, la consultation externe ne fonctionne pas en pédiatrie et en chirurgie infantile.

Pourtant, *le décret du* 17 *avril* 1943, permet l'institution des consultations externes dans les hôpitaux publics ; tout récemment ce décret a été modifié et complété dans un sens encore plus large, par les *décrets du* 11 *décembre* 1958 *et du* 3 *août* 1959, faisant obligation aux Centres hospitaliers régionaux, aux Centres hospitaliers et hôpitaux d'avoir à prévoir un tel service.

Les conditions financières de la Consultation ont été fixées par les *articles* 49 *et* 134 du décret du 17 avril 1943, puis par l'arrêté *du* 14 *mars* 1955. L'article 49, fixe les modalités générales, à savoir qu'il prévoit qu'une partie des sommes sera conservée par les etablissements, et qu'une partie sera reversée aux praticiens et spécialistes. L'article 134, pour son compte, prévoit qu'un prélèvement de 5% sera opéré pour frais de recouvrement. L'arrêté du 14 mars

1955, précise que les frais de fonctionnement seront de 25% en médecine, 25% en chirurgie et spécialités, 60% en radiologie.

Les honoraires versés doivent être les honoraires de responsabilité de la Sécurité sociale. Notons cependant en passant, que d'après l'article L 680 de la Santé publique, le médecin-consultant peut recevoir sa clientèle privée en consultaton personnelle, et peut par conséquent appliquer le tarif de ville fixé par le Syndicat des médecins. Ces dispositions sont encore améliorées, par les dispositions concernant la clinique ouverte qui permet à un malade entrant dans un établissement hospitalier de choisir son médecin en dehors du personnel hospitalier réglementaire (*ord.* n° 58-1199 du 11 déc. 1958). Ce système ne peut fonctionner que s'il y a entente préalable en ce qui concerne les honoraires médicaux entre le malade et le médecin traitant. Donc, les praticiens qui réclament la sauvegarde du principe traditionnel de la médecine, libre choix et respect du colloque médecin-malade, peuvent ici trouver le moyen de le faire, encore faut-il qu'ils tiennent compte des moyens de leur client, principe indispensable au fonctionnement du système.

L'application honnête de ces dispositions à la Martinique, permettrait à l'hôpital de jouer son rôle en temps qu'établissement de soins, alors qu'il n'est actuellement qu'une voie de garage pour les malades qui ne peuvent payer des soins à domicile. Par ailleurs, le sens social de la médecine martiniquaise y gagnerait à coup sûr, en même temps que sa valeur, étant donné que les investigations cliniques y seraient rendues plus faciles par un bon équipement technique.

Or, que se passe-t-il actuellement ? Tout d'abord, il semble qu'il y ait une mauvaise interprétation du rôle du médecin d'hôpital qui dans l'esprit et la lettre des lois, doit assurer une fonction « soignante » pour le compte de la collectivité ; le recrutement de ces médecins laisse à désirer actuellement, et la fonction n'est pas toujours remplie avec le dévouement qu'on serait en droit d'attendre. Par ailleurs, il arrive trop fréquemment, que l'accès d'un service hospitalier dirigé par un confrère, soit interdit par celui-ci à un autre confrère qui sollicite des nouvelles de ses malades qui y sont hospitalisés. Une certaine grossièreté est même notable, dans ce cas, le médecin du service estimant à tort ou à raison, que le malade n'a plus rien à voir avec son médecin-traitant. Ces pratiques illustrent combien la médecine martiniquaise s'est écartée de ses buts.

Cependant, la consultation externe ne pourra jamais être mise en route avec succès à la Martinique, si on ne modifie pas, la composition du personnel médical, et il s'agira là, pour la collectivité, d'exiger que les sacrifices financiers consentis, se concrétisent au niveau de la qualité des soins. Compte tenu des observations que nous avons été amené à faire, il nous semble que ce comportement des médecins a des causes lointaines qui peuvent être améliorées en réformant le cycle des études médicales des étudiants martiniquais.

La reconversion médicale.

En effet, il ne faut pas compter réduire l'opposition des praticiens actuels, ni même les amener dans leur majorité à une nouvelle conception médicale, le mal étant déjà fait. Par contre, on peut constater que s'il est à ce point critique, c'est notamment parce que les étudiants en médecine, qui ont fait pratiquement leur carrière médicale en France, en revenant au pays après 7 et même 10 années d'absence, sont devenus des étrangers aux problèmes de leur terroir pour la plupart, et ayant adopté de nouvelles conceptions, il leur est difficile dans le climat professionnel de revenir en arrière, d'autant qu'ils seraient vite brisés. Leur médecine n'ayant plus aucune racine populaire, il leur vient difficilement à l'idée qu'il faut changer de méthode, et s'ils ont la velléité de tenter un réexamen de leur position, ils courent à un échec, et il ne leur reste plus qu'une solution repartir en France où ils sont plus acclimatés en définitive ; déracinés, ils le restent, pour le plus grand dommage de la santé et de la médecine martiniquaise. Dans la seule année 1960, huit médecins qui s'étaient installés, ont dû quitter le département après quelques mois d'exercice. Il y a donc incontestablement un malaise grave.

Pour l'éviter, il faut que dès la fin des études théoriques de 5e année, l'internat soit obligatoire pour tous les étudiants, sans exception, dans les hôpitaux de la Martinique. Ces internes seraient rétribués sur la même base qu'en France métropolitaine, et résideraient à l'hôpital. Car la grande ironie de ce pays, c'est que des ensembles hospitaliers comptant plus de cent lits, sont dépourvus de médecin-résidant et en cas d'urgence, si le médecin de la commune n'est pas là, le malade a largement le temps de mourir.

Cet interne sera chargé de préparer les dossiers des malades de consultation externe, et des hospitalisés ; à côté de lui, la présence d'une laborantine pour les examens biologiques essentiels, d'une

sage-femme, d'une assistante sociale, et d'une puéricultrice, constituerait l'unité clinique à partir de laquelle, on pourra redresser la qualité de la médecine en milieu rural et urbain. Ce jeune médecin étant en outre en contact immédiat avec les réalités sociales et économiques de son pays, sera plus enclin à penser sa médecine en termes martiniquais, plus qu'européens.

Le système peut se compléter en faisant passer les cliniques médicales au Centre Hospitalier de Fort-de-France ; à cet effet, on pourrait faire venir en mission un groupe d'agrégés des Facultés de la Métropole, pour qui ce serait aussi l'occasion de faire une série de conférences de perfectionnement à l'intention du corps médical local qui garderait ainsi le contact avec la Faculté.

D'autre part, pour rendre la médecine plus « sociale » deux possibilités s'offrent : soit instituer un service civil qui est prévu d'ailleurs par le nouveau règlement du service militaire adapté, soit assortir l'octroi des bourses de médecine et de spécialités d'un certain nombre de « charges ». Dans le premier cas, on peut estimer possible de mettre dans les hôpitaux martiniquais, les étudiants ayant déjà terminé leur médecine, pendant toute la durée normale de leur service militaire. Ils auraient ainsi le statut de médecins-résidents dépendant du Ministère des Armées. Dans le deuxième cas, il s'agirait en sus de ce service civil, dans les conditions d'octroi de bourses ou de prêt d'honneur, de prévoir l'obligation pour le bénéficiaire de revenir exercer pendant au moins 5 ans dans le département. Au cours de ces 5 ans, son affectation dépendrait avant tout, de l'inspecteur général de la Santé publique, qui éviterait ainsi que la pléthore médicale de Fort-de-France (1 médecin pour 1.300 habitants) s'aggrave au détriment des milieux ruraux (1 médecin pour 6.950 habitants).

Le jeune médecin pourrait occuper de ce fait un poste d'office dans les hôpitaux ruraux ou régionaux, soit en temps que médecin-chef ou médecin-adjoint ; les honoraires qu'il appliquerait seraient les honoraires de responsabilité de la Sécurité sociale, préalablement admises par le Syndicat des médecins, bien sûr.

Les bourses de spécialités pourront faire l'objet des mêmes dispositions, et on peut admettre que la Sécurité sociale sur son budget de l'Action sanitaire et sociale, fasse des prêts aux jeunes médecins désireux de faire une spécialité, dont l'utilité serait reconnue. Sur la base de 50.000 francs 1961 par mois, pour 2 ou 4 années, suivant la spécialité choisie, on peut estimer que la Martinique en appli-

quant cette politique dès 1962, aurait en 1966, les spécialistes nécessaires, à une bonne médecine locale et à des conditions financières acceptables pour la collectivité. Les médecins qui refuseraient d'assumer leurs engagements devraient être contraints de rembourser sans délai, les sommes reçues majorées d'un intérêt de 5%. Cette disposition diminuera les éventuelles velléités de rupture de contrat.

Cette remise en ordre médicale tout à fait compatible avec les droits de la collectivité et les devoirs des médecins, pourrait se faire en même temps que la révision de la politique hospitalière.

La reconversion hospitalière et ses conséquences

La nécessité d'une reconversion de l'armement hospitalier martiniquais devient chaque jour plus impérieuse, face aux besoins des collectivités. Cette reconversion devrait tendre à rendre plus efficaces les unités hospitalières actuelles d'une part, à alléger, d'autre part, la distribution des établissements qui sont actuellement disséminés sur l'ensemble du territoire.

Si l'on tient compte des données réelles existantes, des projets en cours, des possibilités techniques, on peut « régionaliser » la structure hospitalière ici. Cette structure devrait comporter un Centre Hospitalier Régional s'appuyant sur la capitale, Fort-de-France, deux Centre Hospitaliers d'Arrondissement (C.H.Ar.) à Trinité et au Lamentin, la suppression des hôpitaux locaux vétustes et leur remplacement par des hôpitaux ruraux (H.R.) de 20 à 60 lits, la transformation des maternités en formations hospitalières rurales d'importance variable suivant la région desservie.

Il semble souhaitable actuellement, compte tenu du développement hospitalier, qu'au sud de l'île, où la population est plus agglomérée, qu'un hôpital local de 100 lits, soit gardé dans sa structure actuelle, sans préjuger de l'affectation des lits, fonction des besoins. L'Hôpital du Saint-Esprit paraissant être des plus récents, pourrait être gardé dans son actuelle structure, en raison aussi de sa position relativement centrale. Les hôpitaux du Marin et des Trois-Ilets pourraient être reconvertis en plus petites unités, ou en maison de retraite ou de convalescence. Au cas où la vétusté des locaux serait telle, qu'il ne faille envisager une telle solution, un nouvel hôpital rural de 20 ou 30 lits serait alors entièrement construit suivant des normes modernes, et les anciens immeubles désaffectés. Par ailleurs,

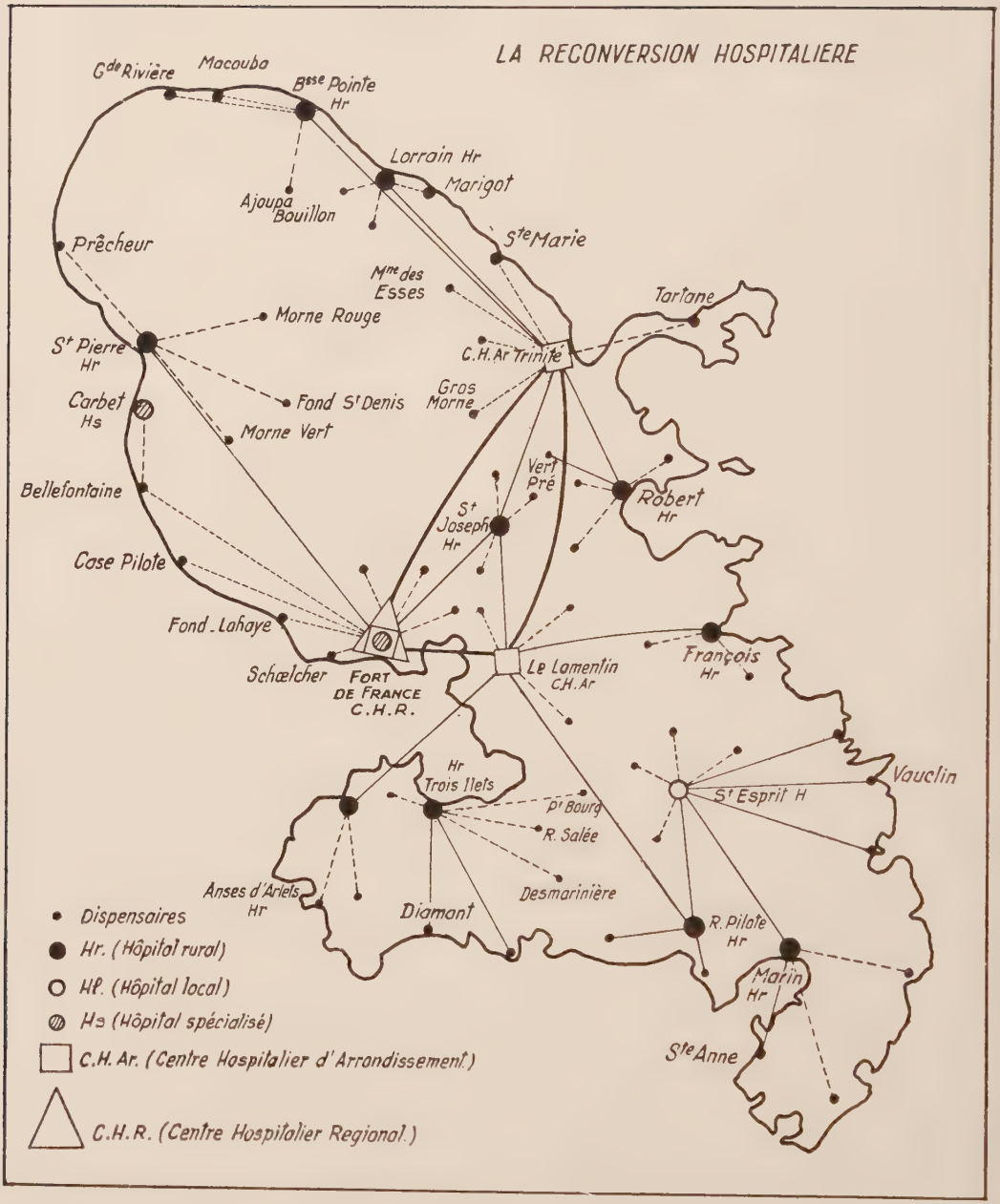

LA RECONVERSION HOSPITALIERE
Gde Rivière
Macouba
Bsse Pointe Hr
Lorrain Hr
Marigot
Ajoupa Bouillon
Ste Marie
Prêcheur
Mne des Esses
Tartane
Morne Rouge
St Pierre Hr
C.H. Ar Trinité
Gros Morne
Carbet Hs
Fond St Denis
Morne Vert
Vert Pré
Robert Hr
Bellefontaine
St Joseph Hr
Case Pilote
Fond Lahaye
Schœlcher
FORT DE FRANCE C.H.R.
Le Lamentin C.H. Ar
François Hr
Hr Trois Ilets
Vauclin
St Esprit H
Pt Bourg
R. Salée
Anses d'Arlets Hr
Diamant
Desmarinière
R. Pilote Hr
Marin Hr
Ste Anne
Dispensaires
Hr. (Hôpital rural)
Hl. (Hôpital local)
Hs (Hôpital spécialisé)
C.H. Ar. (Centre Hospitalier d'Arrondissement)
C.H.R. (Centre Hospitalier Regional)

Fig. 4

les villes ayant une maternité auraient un noyau pour la conversion en hôpital rural d'un nombre de lits égal ou supérieur. Ce serait notamment le cas du Robert, du François, de Rivière-Pilote, des Anses d'Arlet, au Sud, de Saint-Pierre et Basse-Pointe pour le Nord. En outre l'Hôpital du Lorrain subirait le même sort que ceux du Marin et des Trois-Ilets tandis que l'Hôpital de Saint-Joseph de construction récente garderait sa structure actuelle.

A chaque hôpital rural serait rattaché un district sanitaire où seraient groupés un certain nombre de dispensaires de soins. Ces dispensaires dirigés suivant les besoins, par une ou plusieurs infirmières, recevraient à intervalles réguliers la visite des médecins de l'hôpital rural (ou même régional) au cours des tournées sanitaires régulières que nécessite la coordination des services de santé, et le programme d'Education sanitaire des populations.

Ainsi on pourrait définir les districts sanitaires suivants :

a) *Centre* : Basse-Pointe (Hr.)
Dispensaires : Macouba, Grand-Rivière, Ajoupa, Bouillon et éventuellement les dispensaires ruraux dans certains Mornes de cette région.

b) *Centre* : Saint-Pierre (Hr.)
Dispensaires : Prêcheur, Morne-Rouge, Carbet, Belle-Fontaine et dispensaires ruraux.

c) *Centre* : Lorrain (Hr.)
Dispensaires : Morne, Capot, Morne, Céron, Marigot.

d) *Centre* : Trinité (C.H.Ar.)
Dispensaires : Sainte-Marie, Morne des Esses, Gros-Morne et dispensaires des Mornes environnants (Tartane, Bellevue, Morne Poirier, Tracée).

En outre, le C.H.Ar. de Trinité pourrait couvrir une zone, pour les visites médicales de spécialité, comprenant les districts *a*, *c*, et *d*, ainsi que le district du Robert.

Cela permettrait aux hôpitaux ruraux de ces districts d'évacuer sur Trinité leurs malades nécessitant des soins spécialisés que les hôpitaux ruraux ne pourraient fournir.

En revanche, les hôpitaux ruraux du Nord-Ouest évacueraient leurs malades sur le Centre Hospitalier de Civil. Enfin au Sud, évacuation sur le Lamentin ou Fort-de-France (voir Fig. 4 page 140).

Dans chaque dispensaire, on pourra organiser les consultations externes et de médecine préventive avec la participation du ou ou des médecins résidents. Les communes importantes nécéssiteront plusieurs dispensaires, surtout dans les hameaux importants où cohabitent des collectivités importantes ; c'est notamment le cas de Tartane pour Trinité. Rodon pour Sainte-Marie, Des marinières pour Rivière-Salée, pour ne citer que ceux-là. Etant donné le rôle assigné à l'infirmière de Santé Publique, elle pourra dans certains cas, soit résider dans les dispensaires, soit résider — dans les groupements humains restreints — dans une maison dont une pièce sera transformée en salle de pansement.

Du point de vue fonctionnel, l'hôpital rural ainsi prévu ne devra pas comporter de grosses installations chirurgicales. Il bénéficiera des salles de travail (si elles existent) des Maternités qui pourront être équipées pour la petite chirurgie, les réductions de fractures etc. Si l'on en croit Bridgman, le personnel nécessaire à une formation comptant environ 25 lits serait équivalent à ce nombre, soit 25 personnes, en personnel médical et administratif. Pour le personnel médical 1 ou 2 médecins (médecin-chef et interne) une infirmière-chef, 4 infirmières pour les soins, 2 sage-femmes, une infirmière pour les recherches biologiques essentielles, et l'électroradiologie, deux infirmières pour la consultation externe et la Prévention (vaccinations, P.M.I., etc.)

L'équipement technique doit comporter un appareil d'électroradiologie fixe pour les scopies et les graphies, un petit laboratoire d'examens courants, une pharmacie, une salle de stérilisation.

L'hôpital rural devra se consacrer non seulement à la prévention ; son rôle dans la P.M.I., le dépistage des maladies, et l'éducation sanitaire, est à souligner, dans le même temps que l'activité curative se manifestera pour les maladies courantes et saisonnières, nécessitant une hospitalisation de quelques jours, de même que les urgences.

Le recrutement des internes et des infirmières, sera pourvu suivant le processus recommandé dans le paragraphe précédent.

Sur le plan de l'armement hospitalier général, il conviendra de faire de plus en plus la différence entre maladies chroniques et aiguës, en multipliant les services spécialisés au niveau du C.H.R. de Fort-de-France et des C.H. Ar. de Trinité et du Lamentin. Ce mouvement déjà amorcé avec la création de l'hôpital psychiatrique de Colson, du Sanatorium du Carbet, du service hansénien,

pourrait continuer sous une forme plus économique, avec la reconversion de l'hôpital Clarac suivant une architecture comparable à la Maternité de Redoute, ce qui évitera ces pavillons indéquats qui ne répondent plus aux besoins.

D'autre part, il s'avère que l'indice lit-d'hôpital/population en chirurgie est extrêmement bas, et nécessite un effort supplémentaire en ce domaine, que la construction du nouvel hôpital de Trinité (520 millions — 220 lits) pourrait permettre. En effet, rien n'a été paradoxalaement prévu en ce domaine, alors que le nouvel hôpital est relativement important, et sera le plus moderne.

La reconversion hospitalière aura pour conséquences un besoin accru en personnel sanitaire (infirmières et sage-femmes) et administratif (Economes-Directeurs, lingères, mécaniciens, etc.). Dans le même temps une meilleure distribution des médecins dans l'ensemble du pays, sera le corollaire direct de cette politique hospitalière ; le niveau et la qualité de la médecine rurale s'en ressentiront heureusement, dès lors que l'activité du praticien sera appuyée par l'hôpital. De plus, la fusion de la médecine curative et préventive au sein d'une seule organisation sanitaire sera bénéfique à l'action médico-sociale et par conséquent à la promotion humaine à la Martinique.

On pourra objecter que cette décentralisation nécessitera des fonds considérables ; en fait, il n'en est rien si l'on tient compte de l'efficacité gagnée et des résultats à espérer en investissements humains.

Il est certain toutefois que la présence de 9 hôpitaux ruraux nécessitera un personnel et des moyens financiers proportionnellement plus lourds, mais il reste à démontrer que la gestion actuelle des grosses formations hospitalières n'est pas en définitive plus onéreuse en valeur absolue si l'on tient compte de leur influence relative du point de vue de la santé publique à la Martinique, actuellement.

Il ne faut pas cacher cependant que le sous-équipement hospitalier actuel intervient pour une bonne part dans un budget qui reste encore en deçà des nécessités. Néanmoins rapporté, sur le plan général, ce sous-équipement coûte plus à la collectivité en dépenses hospitalières par séjour abusif. Donc à égalité d'équipement 9 hôpitaux ruraux s'avèrent plus efficaces et plus rentables que l'armement actuel.

Enfin, cette décentralisation reste une déconcentration sur le

plan régional, corrigée par une concentration hospitalière dans le triangle Trinité — Lamentin — Fort-de-France.

Sur le plan économique en dernier lieu, la reconversion hospitalière permettrait la création de près de 100 emplois nouveaux en personnel sanitaire et administratif, en tenant compte des infirmières de santé publique, des assistantes sociales, des sage-femmes en particulier. Si l'on se base sur les rémunérations actuelles du personnel dans les hôpitaux a la Martinique, la gestion d'un hôpital rural coûterait à l'Etat la somme de 15 millions en moyenne pour une unité de 25 lits annuellement.

Le financement

Il pourra être assuré par les collectivités locales, l'Etat, la Sécurité sociale. L'Etat et la Sécurité sociale avec une participation des collectivités locales, financeront les constructions nouvelles et les aménagements. La participation de l'Etat pourra être versé sous forme d'investissement Fidom (Fond d'Investissement des Départements d'Outre-Mer), tandis que la Sécurité sociale pourra intervenir par les fonds de l'Action sanitaire et sociale.

La rémunération des agents hospitaliers et du personnel sanitaire serait assurée directement par le Ministère de la Santé publique, tandis que les médecins feront l'objet de conventions entre les intéressés, les collectivités locales et la Sécurité sociale[1].

Ces formules très souples sont accessibles, et on ne peut dire que les réalisations restent au-dessous des possibilités. Il suffit de très peu de choses pour les mettre en route.

Le problème des médicaments et ses solutions

Le coût élevé des médicaments, absorbe une part non négligeable des crédits d'assistance, aussi la réduction des prix est-il un problème de grand intérêt.

On peut y parvenir en rompant avec la coutume qui consiste à faire venir les médicaments déjà conditionnés au départ de France. Pour beaucoup d'entre eux, la collectivité gagnerait à les recevoir « en vrac », et à faire le conditionnement sur place. Economie de

1. *Remarque* : Au cours de cette étude nous n'avons pas abordé le problème du transport des malades qui est assuré de manière satisfaisante par les ambulances municipales (une ambulance existe dans toutes les communes ou existe un hôpital).

fret, économie sur la main-d'œuvre qui est moins chère, et par conséquent, faible prix de revient des médicaments. Par la même occasion, création nouvelle d'emplois et embryon d'industrie pharmaceutique qui pourra occasionnellement se développer.

Cette manière d'opérer est valable en particulier pour les antibiotiques, et déjà réalisée en Afrique Noire.

Il n'est pas absurde de penser que dans un tel contexte, les laboratoires français à rayonnement international, seraient tentés par de tels investissements, dés lors qu'ils peuvent s'avérer rentables.

En dehors de cette solution, il reste les mutuelles qui indisposent les pharmaciens, sans apporter réellement de solution.

Ces quelques éléments de solution au problème médical et hospitalier, pourraient à notre sens, apporter une vigoureuse impulsion à l'œuvre de santé publique à la Martinique, et à la rénovation de l'esprit médical. Si l'on pense que les succès remportés sur le plan épidémiologique restent encore entravés par l'insuffisance de la pénétration de la médecine en milieu rural, et le faible rendement de l'armement hospitalier actuel, il semble plus que jamais nécessaire, dans l'intérêt des médecins, des malades, et de la collectivité, que cette action soit entreprise au plus tôt, afin d'éviter que les résultats acquis soient remis en question pour la progression démographique et la détérioration économique.

Si l'éducation sanitaire des masses intervient dans le cadre d'un programme de développement économique, il devient évident que les buts ne seront pleinement atteints que dans la mesure où l'action médico-sociale pourra s'appuyer sur une infrastructure sanitaire répondant aux besoins.

Les conditions de l'amélioration du contrôle sanitaire des aliments

Nous n'aborderons ici que le contrôle de trois denrées alimentaires essentielles pour la collectivité martiniquaise : la viande, le poisson et le lait, sources de protéines animales de grande valeur énergétique qui sont bien souvent livrés à la consommation dans les conditions anti-hygiéniques déjà soulignées.

Deux sources de contamination supplémentaires, les légumes et les conserves, seront volontairement négligées, puisqu'on peut considérer qu'elles peuvent être évitées par une hygiène convenable des marchés d'une part, et surtout par l'éducation sanitaire des populations d'autre part.

Le contrôle sanitaire des trois denrées précitées, devra tenir compte des possibilités de propagation épidémiologique, au niveau de la production, des circuits de distribution, de la commercialisation.

Si l'on admet, d'après les enquêtes effectuées pour le compte des producteurs australiens (Scarafoni) et d'après les observations faites à la Martinique, même, que 50% des cas de contamination des viandes sont dus aux mauvais circuits de distribution et de conservation, et que dans 38% des cas, l'état de malpropreté *ante-mortem* des animaux et la pollution de l'atmosphère des abattoirs, sont responsables de la propagation des zoonoses diverses, on comprendra que la modernisation des techniques d'abattage et de transport s'impose.

Données épidémiologiques

Bien que l'inexistence de statistiques en matière de propagation de germes par les viandes à la Martinique, ne permette des affirmations précises, on peut cependant faire remarquer qu'il y a une grande proportion de cysticercoses et d'échinococoses transmises par cette voie. La pollution des pâturages par les déjections humaines infectées entretient une endémicité qui ne pourra être brisée que par l'assainissement du milieu rural. Il n'est pas exclu d'un autre côté, qu'un grand nombre de cas de dystomatoses ou de trichinose transmises par les viandes existent, de même que nombre de rickettsioses. Cependant quelle en est la proportion ? On ne saurait le dire, pas plus d'ailleurs que la proportion de tuberculose humaine à partir de la consommation de viande ou de lait de vache tuberculeuse.

Il convient néanmoins de souligner ici, que l'introduction progressive de nouvelles habitudes alimentaires européennes (cuisine à la française) depuis 1946, conduit une partie de la population, surtout les individus des classes moyennes et aisées ayant un enfant en France ou qui sont déjà allés en France, à consommer de plus en plus la viande en grillade imparfaitement cuite. Cet aspect du problème est à retenir, surtout en regard des anciennes habitudes qui voulaient que la viande fût entièrement cuite, ce qui diminuait les risques de contamination, par les viandes polluées *in vivo*.

Cependant les risques de pollution par contamination exogène demeurent ; parmi les infections ainsi transmises, notons les

staphylococcies entérotoxinogènes, les intoxications par « Clostridium botulinum », les « Salmonella » et les « Shigella ». Ces deux derniers groupes provoquent des gastro-entérites aiguës à période d'incubation variant entre 6 heures et 3 semaines. Il est à noter que la terminologie recommandée est « gastro-entérite aiguë à salmonella ou à shigella » et non salmonellose ou shigellose (Feig).

Certains auteurs mettent en cause, les porteurs de germes les manipulations anti-hygiéniques dans les restaurants, les abattoirs, ou à la maison familiale, et la contamination par les mouches. Les germes en cause sont variables : Salmonella Typhi, Choleraesuis et Typhimurium, ou Shigella Flexneri, Boydii et Sonnei ».

Parmi les intoxications alimentaires dues aux staphylocoques, bien que les avis soient partagés, il semble qu'un grand nombre de gastro-entérites, soit le fait des staphylocoques à entérotoxine ; cette entérotoxine est transmise aussi bien par la viande que par le lait. Pour C.E. Doman, 20 à 35% des adultes sont normalement sensibilisés à cette entérotoxine, en dehors des cas de sensibilisation acquise après traitement antibiotique intempestif de longue durée.

Chez les enfants l'atteinte est générale, et, peut-être faudrait-il voir là, un des germes responsables des gastro-entérites mortelles du nourrisson à la Martinique. On admet qu'une forte température extérieure (30° C) agit puissamment sur l'élaboration de l'entérotoxine, facteur à retenir particulièrement en milieu tropical chaud.

Parmi les mesures préventives propres à diminuer ces infections exogènes, il convient de signaler : le conditionnement du transport des denrées périssables (viande, lait), le contrôle sanitaire des restaurants, l'éducation sanitaire, le contrôle de la salubrité des boucheries, des marchés, la surveillance médicale des employés des abattoirs, la surveillance vétérinaire *ante-mortem* et *post-mortem*, le contrôle des conserves, des poissons fumés, salés, marinés, des jambon d'importation.

La modernisation des abattoirs et des circuits de distribution

A la Martinique, la modernisation des abattoirs et des circuits de distribution peut s'avérer facile sur le plan administratif, mais dans le même temps se heurter à des obstacles économiques ou liés aux coutumes locales.

En effet, les coutumes rurales de dépeçage de la viande, ainsi que la relative pauvreté du cheptel local, ne militent pas en faveur

d'une telle modernisation. On estime que pour construire un abattoir moderne, répondant aux critères de salubrité et de rentabilité satisfaisantes, il faudrait que cet établissement ait un débit minimumum de 200 unités par jour soit : 200 bœufs, ou 1.000 moutons, ou 800 porcs, ou 600 veaux. L'amortissement des frais d'exploitation ne serait pas assuré autrement.

Pourtant, si nous supposons qu'une action de revalorisation du cheptel peut être menée à bien[1], il reste qu'un tel abattoir peut être construit à la Martinique, à condition qu'il monopolise la totalité de l'abattage dans l'île. Vu les progrès réalisés en matière de transports, par camions frigorifiques, les distances relativement courtes, son installation devrait pouvoir se faire dans la zone d'élevage, au Sud de l'île, où il bénéficierait du contrôle vétérinaire, normalement effectué dans les centres d'élevage, et d'espace suffisant pour l'aménagement d'un parc à bestiaux. Cette dernière condition est difficilement réunie à l'abattoir municipal de Fort-de-France, ce qui crée une entrave à l'inspection *ante-mortem* des animaux qui sont groupés en sardines sur de petis espaces.

La difficulté du recrutement de docteurs-vétérinaires pour les examens de contrôle, pourrait être tournée par la formation rapide d'inspecteurs auxiliaires. Ceux-ci s'occuperont éventuellement de la saisie des carcasses malades évidentes, réservant les cas litigieux à l'appréciation du vétérinaire. Ces carcasses seraient tirées de la chaîne mécanique de l'abattoir, et dirigées vers un compartiment spécial (voir fig.).

L'évacuation des viandes d'un côté, des sous-produits d'un autre, suivant le circuit dissocié indiqué par la figure, évitera les contaminations qui seront diminuées encore par la mécanisation totale des travaux de dépeçage, et d'habillage des carcasses, et enfin par le conditionnement de l'atmosphère intérieure.

Le traitement des sous-produits augmentera la productivité et fera baisser les prix de revient ; 4 camions frigorifiques seraient chargés de la distribution des carcasses dans les différentes communes, ce qui n'augmentera pas de manière considérable les prix, d'autant que les garanties d'hygiène peuvent être estimées compensatrices par ailleurs.

Cependant, il faudrait que les marchands bouchers, aussi bien à la ville qu'à la campagne, soient mis dans l'obligation d'utiliser des

1. Plan Vellas-Rapport de la Direction des Services Agricoles (D.S.A.).

armoires frigorifiques pour entreposer la viande ainsi livrée, et la soustraire aux contaminations exogènes. Des prêts du Crédit Agricole pourraient intervenir pour permettre cette modernisation. Une application draconienne des dispositions législatives devrait tendre à enrayer l'abattage clandestin en milieu rural. L'ensemble des installations devrait être financé par le département, et l'amortissement assuré par une taxe prélevée sur les viandes d'une part, et une subvention des communes d'autre part.

L'hygiène des marchés et le problème poissonnier

Le contrôle sanitaire des marchés martiniquais diminuerait certainement les possibilités de propagation microbienne par les denrées alimentaires. En ce qui concerne les légumes, c'est leur arrosage fréquent par des eaux douteuses qui doit être relevé ici, tandis que les manipulations septiques de denrées immédiatement consommées après la vente, attirent l'attention sur un autre moyen de contamination.

Cette manière de procéder a une répercussion sur la propagation d'une maladie en particulier : la typhoïde, et, bien que la poliomyélite soit assez rare, il n'est pas exclu qu'elle soit aussi favorisée.

En tous les cas, ces deux dangers immédiats, sont aussi favorisés par la consommation dans ces conditions, du poisson et des autres produits de la mer, (crustacés et coquillages) convenablement arrosés pour les maintenir dans un certain état de « fraîcheur ».

Gâtés déjà le plus souvent à leur arrivée au marché, les poissons dont une perte et un danger. Pourtant le problème pourrait être assez facilement résolu par la construction de marchés où l'eau courante est contrôlée, par l'éducation des marchandes, tandis que l'adoption de camions frigorifiques pour le transport, de chambres frigorifiques pour l'entreposage des produits de la mer, seraient d'autres facteurs d'amélioration de l'hygiène.

Signalons que la mécanisation poussée des moyens de pêche et les projets d'installation de chambres frigorifiques, vont dans ce sens, et que l'on tend à instaurer progressivement la vente à la criée.

Le contrôle des produits laitiers

En l'état actuel de la production laitière martiniquaise, il est évident qu'un contrôle à l'européenne, sera difficilement applicable. Toutefois, il est possible d'accentuer le contrôle au niveau de la

distribution en imposant une heure limite (6 heures du matin) pour le transport du lait sur les routes.

Au niveau de la production, la vérification de la traite dans les quelques fermes modèles sera renforcée, tandis que l'analyse systématique d'échantillons de lait prélevés dans les bidons, chez tous les marchands, sera effectué.

Dans les centres de reconstitution du lait sec, il conviendra de refuser le permis d'exploitation, à toutes les usines ne répondant pas aux normes précises appliquées en Europe. Ce contrôle devra être le fait des Services vétérinaires et non de l'Institut Pasteur.

Lorsque la production laitière le permettra dans l'avenir, et que le développement des Coopératives agricoles sera suffisant, on pourra exiger au fur et à mesure, un contrôle comparable aux normes européennes.

En conclusion, en matière de contrôle des denrées précitées, il sera souhaitable de ne pas exiger des mesures inapplicables par manque de personnel et de moyens. Cependant, la primauté de la protection de la Santé Publique, doit amener les responsables à écarter aussi en même temps que des mesures trop rigoureuses, un libéralisme alarmant, car sa prolongation risque de gêner à tout jamais, la possibilité de l'instauration d'un contrôle quelconque.

L'assainissement du milieu et les solutions au problème de l'eau en milieu rural martiniquais

Clef du devenir sanitaire de la population martiniquaise, la solution des problèmes posés par l'assainissement, reste un des buts essentiels de l'action sanitaire et sociale. Cette solution aura des répercussions dépassant de loin la simple évacuation hygiénique des déchets de la vie collective. Nous avons vu par quel moyen, le cercle vicieux des parasitoses se perpétuait de l'homme à l'animal, et de l'animal à l'homme ; cela nous permet de comprendre que l'assainissement du milieu, apporte des améliorations spectaculaires à la santé publique, puisqu'il supprime les moyens de propagation microbienne au sein de la cité et en milieu rural.

Nous avons déjà abordé un aspect de l'assainissement en milieu rural, nous examinerons maintenant les différents visages de l'assainissement en milieu urbain, et plus particulièrement les solutions au problème des eaux, usées et à celui des ordures ménagères.

L'évacuation des eaux usées en milieu urbain

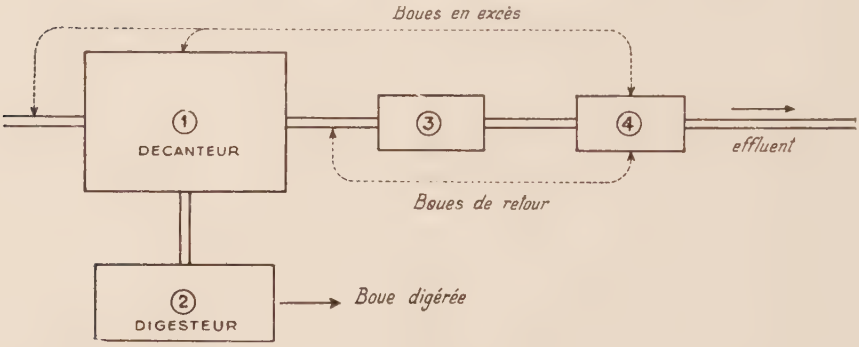
Ce problème se pose essentiellement pour la grosse agglomération de Fort-de-France, et pour celle de Lamentin. Dans les autres communes, l'aménagement de réseau souterrain d'évacuation se déversant dans des gros ruisseaux dont le « lit » aura été cimenté (solution de Trinité) reste un idéal suffisant en regard des besoins des collectivités relativement restreintes. Il n'en est pas de même pour les agglomérations de 80.000 habitants, et la solution du Levassor à Fort-de-France reste un danger. Dès lors, il faut prévoir un réseau d'égoûts avec traitement des eaux usées, et rejet de l'effluent à la mer (voir fig. 5 tiré du shéma Imhoff).

La solution adoptée par Fort-de-France, actuellement est l'installation de canalisation, desservant l'ensemble de l'agglomération, l'effluent récolté, aboutissant à un centre collecteur, où le tout est malaxé et rejeté sans traitement à la mer.

L'avantage de cette installation est de ne pas nécessiter des investissements trop considérables qui seraient exigés par l'installation d'une usine d'épuration. Par ailleurs on utilise au maximum ainsi, l'épurateur naturel biologique que constitue la mer, dont la surface est illimitée pratiquement, et qui par conséquent ne présente pas les inconvénients de saturation d'un fleuve ou d'une rivière.

Cependant, en pratique cette solution nous apparaît à la longue, onéreuse, et non dépourvue de dangers. Elle est onéreuse si l'on considère qu'un système d'épuration mis en place est pratiquement inamovible et que son amortissement peut être accéléré par l'exploitation industrielle des sous-produits issus du traitement des eaux usées, en particulier, l'utilisation à des fins agricoles des boues digérées, et à des fins industrielles du gaz de fermentation. Elle n'est pas dépourvue de dangers, si l'on estime que le déversement continuel à la mer de masses de plus en plus importantes de matières solides, créeront dans les années à venir, des dépôts importants sur les côtes, créant des marécages et troublant la vie de la faune sous-marine. Dans l'immédiat, le résultat d'une telle installation est de doter l'air marin du soir, de certains relents nauséabonds, qui sont indiscutablement une gêne pour la Collectivité, et une menace pour l'avenir touristique de cette ville.

SCHÉMA USINE DE TRAITEMENT DES EAUX USÉES (Imhoff)



1 : Bassin de décantation
2 : Fosse de digestion
3 : Bassin d'activation
4 : Bassin de décantation secondaire.

Fig. 5

Pour prendre un exemple concret, si nous retenons comme base de consommation individuelle, le chiffre de 20 m³ annuel par habitant avancé par certains experts, nous parvenons à un volume total de 900.000 m³ d'eaux usées par an pour l'agglomération de Fort-de-France (80.000 habitants) et celle de Lamentin (20.000 habitants). Si nous retenons que le volume des matières solides représente un pourcentage de 6%, c'est à un volume de 540.000 m³ de boues déversées chaque année dans la baie de Fort-de-France, que l'on parvient.

Le chiffre est considérable, et mérite attention ; il convient de souligner qu'il représente un maximum qui n'est vraisemblablement pas atteint, mais qui ne manquera pas de l'être, dès que le programme de rénovation de l'habitat et le développement économique auront atteint un certain niveau.

Dès lors, quelle est la solution en définitive la plus économique ?

Nous croyons pour notre part, que la solution actuelle doit être provisoire, et qu'un programme d'assainissement total, devrait tenter à doter les deux ensembles urbains de Fort-de-France et du Lamentin, appelés à se développer en tandem, d'une même station d'épuration dont l'agrandissement pourra être prévu pour tenir compte de la progression démographique.

Cette station devrait se trouver dans la grande banlieue de Fort-de-France, dans une aire, où elle pourrait disposer d'une surface minimum de 15 hectares. Les eaux usées des deux agglomérations

pourraient y être acheminées par des « pipe » de 30 ou 60 cm de diamètre à déterminer suivant la formule de Bazin.

$$Q = S \frac{87 \sqrt{R}}{\gamma + R} \sqrt{R j} \quad (= 0{,}16$$

S = section R = rayon
Q = débit : j = pente)[1].

L'effluent pluvial des deux agglomérations pourra être évacué directement à la mer par un système autonome, dont la section pourra être calculée suivant la formule de Kutter ci-dessous.

L'application du système séparatif est justifié par la pluviométrie élevée, qui nécessiterait dans un système unitaire des dépenses d'installation trop considérable, eu égard au projet retenu ici.

L'installation de pompes au niveau des dénivellations pourrait compléter l'ensemble du réseau. Si nous nous basons sur plusieurs expériences concrètes, et en particulier sur celle de Toulouse, nous notons que l'ensemble de la station d'épuration pour 100.000 habitants revient à 100 millions d'anciens francs, soit une dépense de 1.000 francs par habitant. Cette station comprend :

— décanteur Bendell réalisé suivant le principe de Imhoff (décantation par différence de densité) vol. : 850 m³ ;

— un digesteur d'une capacité de 3.000 m³ pouvant recevoir la production de 45 jours de boues ;

— un réservoir accumulant le gaz provenant du digesteur ;

— 14 lits de séchage de 180 mètres carrés de surface, chacun.

La station comprend en outre un centre administratif et technique : ce dernier est constitué par une station de pompage prévue pour 400.000 habitants et une salle de chauffe pour activer la digestion en période fraîche ou froide. Ce radiateur est alimenté par le gaz du digesteur.

Actuellement pour 100.000 habitants, la production de gaz est de 2.400 mètres cubes par jour, le débit moyen de l'effluent de 840 m³/heure avec des pointes de 1.725 m³.

Les boues digérées, séchées sont vendues sous forme de terreau aux maraîchers pour la somme de 1.800 anciens francs la tonne.

1. $V = \frac{100 \sqrt{R}}{6 + \sqrt{R}} \sqrt{R j}$ (b : coeff. de rugosité = 0,35)

V = vitesse en mètres-seconde

R : rayon moyen = $\frac{\text{Surface mouillée}}{\text{Périmètre moyen}}$.

L'effluent décanté est traité par une station de chloruration avant d'être déversé dans le fleuve.

Si on considère qu'à la Martinique, le problème du chauffage du digesteur sera écarté vue la température extérieure (exceptionnellement favorable : 25° C.) la totalité du gaz pourrait être commercialisée ; d'autre part, un certain nombre de dépenses pourraient être évitées : en matériel en particulier, ce qui diminuerait de près de moitié le prix de revient de la station ; la diminution serait environ de 52.100.000 anciens francs, si nous nous basons sur les devis communiqués par la ville de Toulouse.

Maintenant, si nous calculons que la production de gaz peut rapporter en 45 jours 2.160.000 francs (en prenant comme base de référence le prix du mètre cube de gaz en France) et que 3.000 m^3 de boues peuvent rapporter 5.400.000 francs (à 1.800 fr le mètre cube) on constate que les frais de gestion sont largement couverts.

Donc l'incidence d'une pareille station sur la vie économique et la santé publique est des plus remarquables, et la rentabilité plus effective que l'actuel système. Ce qui est vrai pour l'épuration des eaux usées, est aussi valable pour les ordures ménagères.

L'évacuation des ordures ménagères
Le compostage

Les ordures ménagères font actuellement l'objet à la Martinique d'un compostage anarchique dont nous avons vu le péril et les mésaises qui en résultent pour la collectivité adjacente.

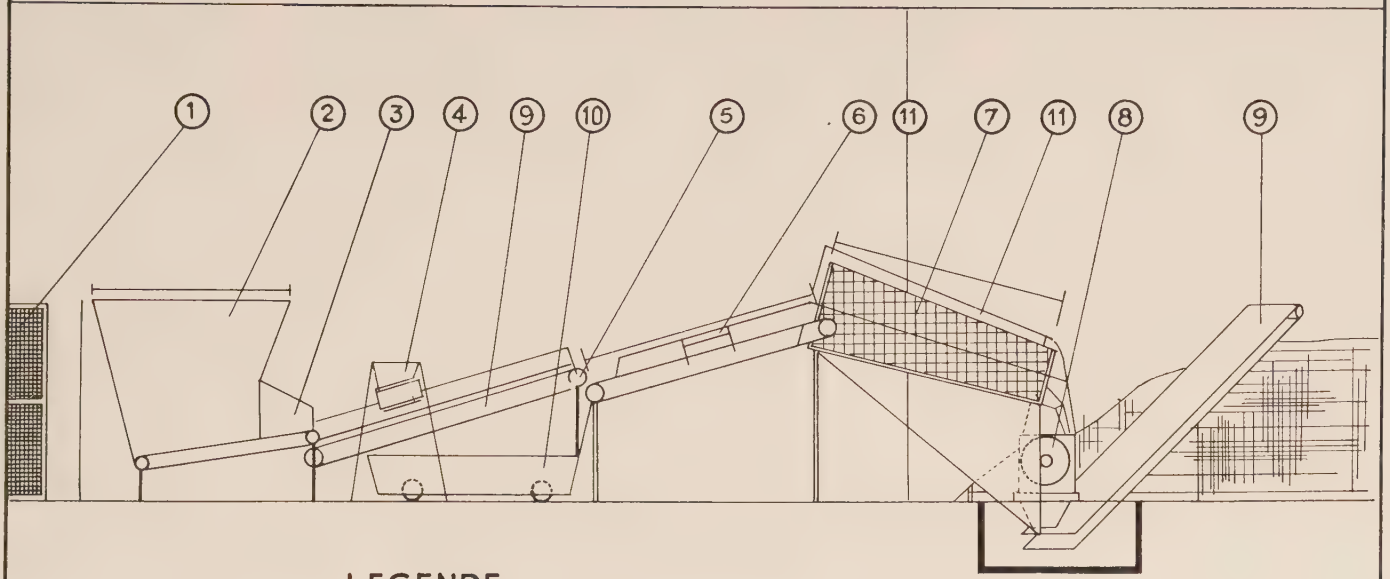
Les techniques modernes de compostage peuvent ici trouver un champ d'application sans limites. Notamment l'installation d'usines à compost, où les ordures préalablement traitées pourront fournir un excellent engrais organique.

Le principe consiste à faire séjourner les ordures dans des compartiments de fermentation où la température avoisine 80° C, ce qui a pour effet d'éliminer, vermines et rats.

Au bout d'un séjour qui varie suivant les méthodes utilisées, le compost est trituré après avoir été débarrassé des élèments ferreux, et livrés à la consommation agricole comme engrais. (V. p. 155 : schéma de l'Usine de Toulouse).

Le coût d'une telle usine est de 3.000 francs en moyenne par habitant et par an. Pour une ville de 60.000 habitants, il n'est plus que de 2.500 francs et pour une ville de 15.000 habitants d'environ 4.500 francs.

USINE DE FABRICATION DE COMPOST (II)



LEGENDE

1. CELLULE DE FERMENTATION
2. TREMIE DU COMPOST
3. ALIMENTATEUR
4. TRIEUR MAGNETIQUE A BANDE
5. TRIEUR MAGNETIQUE A TAMBOUR
6. DETECTEUR DE MASSES METALLIQUES
7. TROMME A LA MAILLE DE 6 m/m
8. BROYEUR A DEGRILLAGE AUTOMATIQUE
9. BANDES TRANSPORTEUSES
10. BAC A FERRAILLE
11. CAPOT PLEXIGLASS

Fig. 6

De ce fait, il y aura lieu de prévoir plusieurs usines où pourraient se grouper les communes voisines, pour le traitement de leurs ordures ménagères.

En milieu rural, il s'agira d'indiquer aux paysans, comment réaliser un compost organique familial dans des conditions hygiéniques acceptables.

D'une manière générale enfin, ces mesures d'assainissement collectif, devront se compléter d'un programme d'installation, dans les petites agglomérations, de fosses septiques dans les maisons, ce qui sera rendu possible par la rénovation de l'habitat.

L'eau à la Martinique

Le problème de l'eau a été en général bien résolu à la Martinique, en milieu urbain, et dans certaines zones rurales. Le plan d'équipement mis au point par le Syndicat des maires de la Martinique, a abouti à l'installation de la station de Rivière-Blanche qui alimente, toutes les communes du Sud, dont la plupart n'avaient jusqu'ici aucun système convenable d'adduction d'eau potable. De plus, le Sud étant une zone d'élevage, le manque d'eau ne pouvait qu'influencer de façon néfaste, le développement de cette branche d'activité.

Actuellement, les derniers travaux pour l'équipement complet sont menés à bonne fin avec un prêt du Fond européen de développement économique.

D'autres communes dans le Nord, ont des projets qui sont peu à peu réalisés. D'une part, Grande-Rivière, Macouba, Basse-Pointe, Ajoupa, Bouillon et Fonds Saint-Denis, seront dotés d'un réservoir autonome ; le coût de ces projets est de 355 millions d'anciens francs.

Par contre, les communes du Carbet, Belle-Fontaine, Case-Pilote, Saint Pierre, Prêcheur, jouissant de conditions physiques difficiles, ont des projets plus onéreux, s'élevant à 750 millions. Les travaux d'adduction pris en charge par les Ponts et Chaussées, s'élèvent à 800 millions.

Donc, on se trouve devant un programme d'équipement complet pour les villes ; le plus préoccupant reste le milieu rural isolé, où le nombre d'habitants et la configuration géographique ne justifient pas des investissements considérables.

De ce fait, un programme appuyé par l'Education de base, et visant à généraliser l'emploi de filtres familiaux en terre poreuse,

pour l'eau de boisson, est un premier pas ; en second lieu, la recherche de nappes phréatiques et le captage par forage et éolienne apparaît comme une solution économique et accessible.

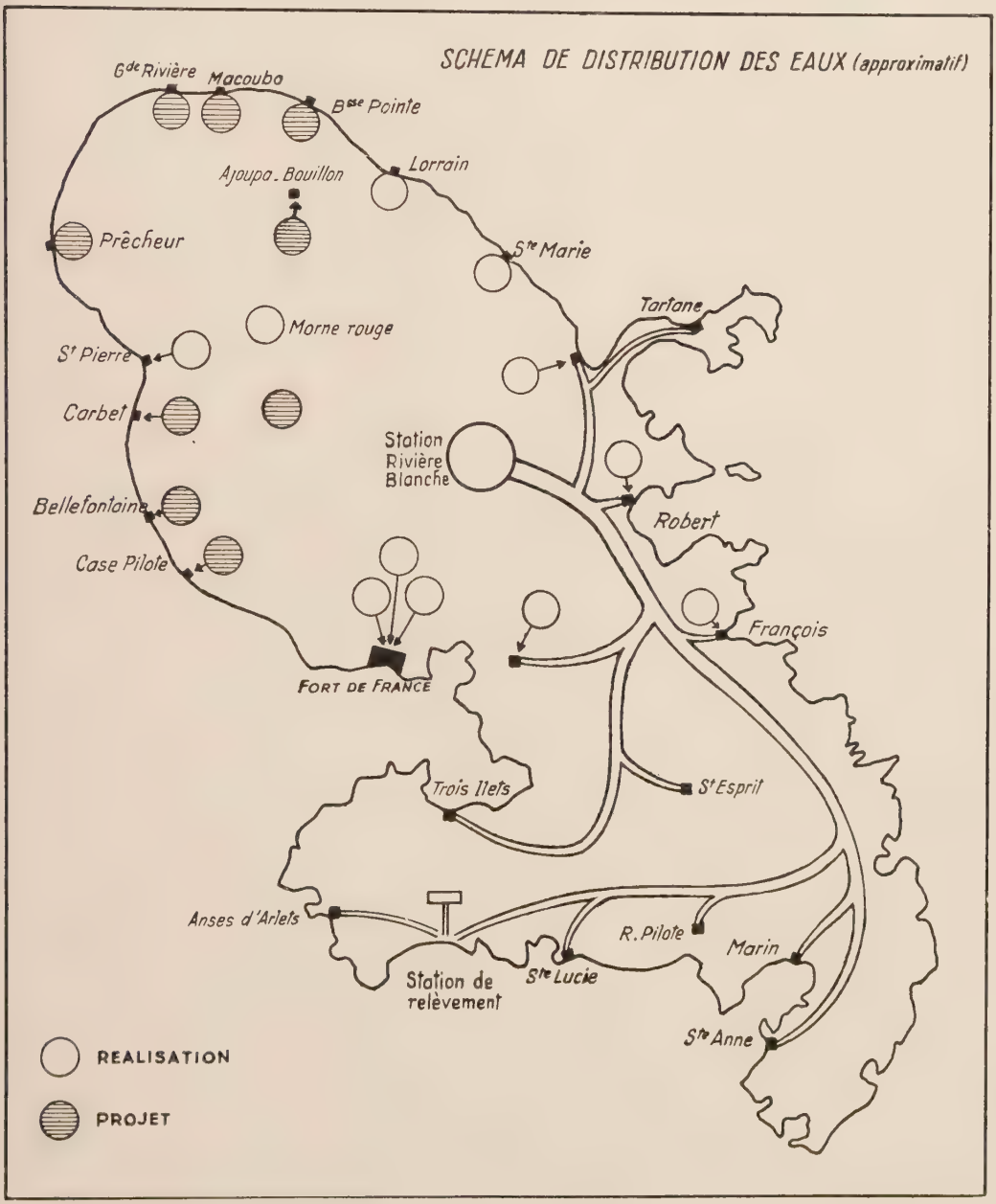


Fig. 7

Enfin, on peut dans les zones très arides, et où le forage s'avèrerait impossible, récupérer par citerne l'eau de pluie, qui serait ensuite filtrée avant d'être utilisée comme eau de boisson. Ces objectifs nous apparaissent accessibles à la population, surtout s'ils sont encouragés par une campagne d'information et d'éducation sanitaire.

Voici donc sur quelles bases, et au prix de quels sacrifices financiers, un programme de rénovation sanitaire et de promotion humaine peut être mené à bien à la Martinique.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que le sous-développement de la Martinique est la conséquence directe.

a) De la sous-exploitation des maigres richesses naturelles,et en particulier, la mauvaise utilisation du potentiel humain.

b) De l'emploi pas toujours judicieux des moyens mis à la disposition de l'homme.

Cet état de fait provient vraisemblablement de l'apathie physiologique et peut-être du mauvais état sanitaire de la population. Toutefois on s'aperçoit que ce ne sont pas tellement les difficultés de solution aux problèmes sanitaires qui sont en cause, que l'absence d'organisation qui reste le fait fondamental. Bien sûr, les projets mis en œuvre pour une meilleure santé publique peuvent apparaître comme exceptionnels pour un si petit pays, mais leur aspect décousu, le « replâtrage » qu'ils opèrent dans bien des cas, en font de simples panacées.

Si au contraire les solutions sanitaires s'inscrivent dans le cadre plus vaste d'un programme complet de développement, il ne fait guère de doute, que la collectivité martiniquaise connaisse une ère de promotion humaine compatible avec ses possibilités.

Vu : *Le Président de Thèse*,
ANDRIEU.

Vu : Le Doyen,
G. LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 26 février 1962
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire de la Martinique. — 1959, I.N.S.E.E.

Berger (Bernard B.). — *La réutilisation des eaux résiduaires et la Santé Publique* « La Technique de l'Eau et de l'Assainissement », nº 167).

Bidault (Marcelle). — *La Technique Sanitaire* « Que Sais-je ? » 1958.

Bridgman (R. F.). — *L'hôpital rural. Sa structure et son organisation* (Monographie O.M.S. 1954).

Buttiaux (Dr.). — *L'eau potable en milieu rural. Les adductions et le contrôle des eaux* (Art. « Technique Sanitaire et Municipale », nº 10, 1958).

Comet (Paul). — *L'hôpital public.* Ed. Berger-Levrault, Paris 1960.

Dolman (C. E.). — *Epidémiologie des Maladies transmises par les viandes* (Mon. O.M.S. « Hygiène des viandes »).

Eau potable. Adductions et distributions publiques, (« Financement des travaux, Hygiène »), Imp. Officielle, 1958.

Evacuation des eaux usées : aspect économique, « Chronique O.M.S. », Vol. 13 nº 11. Novembre 1959.

Fournier (Dr. E.). — *L'action médico-sociale dans les pays en voie de développement,* Ed. Baillière, 1961.

Getting (A.). — *La Sécurité Sociale,* « Que Sais-je ? », 1957.

Gootas (H. B.). — *Compostage et Assainissement* (Monographie O.M.S. 1959).

Houthins (J.). — *Transport, traitement ante-mortem des animaux destinés à l'abattage* (Mon. O.M.S.).

Imbeaux (Dr. Ed.). — *Qualité de l'eau et moyens de correction,* Ed. Dunod, 1935.

Imhoff (K.). — *Evacuation et traitement des eaux d'égout,* Dunod, 1935.

Installation et utilisation des fosses septiques (Réglementation Sanitaire), (*J. O.*, 19 juill. 1956, France).

Kapian (M.). — *Problèmes d'Hygiène des viandes, dans les Régions tropicales* (Mon. O.M.S.).

Laboratoire d'hôpitaux. — Série des rapports techniques O.M.S., nº 161.

Lacoste (Y.). — *Les pays sous-développés,* « Que Sais-je ? », 1959.

Lait et nutrition. — Chronique O.M.S., Vol. 14, nº 10 oct. 1960.

L'eau potable dans les Antilles françaises, nº 142.

L'éducation sanitaire de la population. — Chronique O.M.S., Vol. 14, nº 2. févr. 60.

L'hygiène du lait et des produits laitiers. — Chronique O.M.S., Vol. 14, nº 7, juillet 1960.

L'infirmière de Santé Publique. — Chronique O.M.S., Vol. 13, nº 2, févr. 1959.

Mac Naughton (G. M.). — *Le Rôle de l'Ingénieur Sanitaire dans l'urbanisme municipal* (« La Technique de l'Eau et de l'Assainissement, nº 118).

Merlin (M.). — *Les problèmes que pose l'alimentation en eau potable dans les régions sous-développées,* (« La Technique de l'Eau et de l'Assainissement », nº 142, 1958).

Monlouis (Dr. H.). — *L'alimentation du nourrisson et de l'enfant dans les classes socio-économiques défavorisées à la Martinique* (Monographie C.C.C.).

Morel (J.). — *Un aspect particulier de l'Assainissement urbain* (« Technique de l'Eau et de l'Assainissement », nº 138).

Morichau-beauchant (J.). — *La Santé dans le monde,* « Que Sais-je ? », 1958.

Neveux (M.). — *L'alimentation en eau des campagnes.*

Neujean (Dr. G.). — *La Santé et le Problème de l'eau dans les pays tropicaux,* (« La technique de l'Eau et de l'Assainissement », nº 138).

Programmes d'éducation sanitaire. — Rapport final du Colloque organisé par le bureau de l'O.M.S. pour la Méditerranée orientale en 1958. (Chronique O.M.S., Vol. 13, nº 11, Nov. 1959).

Rapport d'information du Sénat de la République Française, nº 231, sur les Antilles-Guyane, 1961.

Rochaix (A.) et Tapernoux (A.). — *Hygiène des milieux ruraux,* Vigot Fr. Ed. 1943.

Scarafoni. — *Hygiène des Abattoirs, Construction et organisation technique* (Mon. O.M.S.).

Série des rapports techniques de l'O.M.S. : 1950, 10 ; 1952,47 ; (Assainissement) 1955, 97 ; 1953, 72 ; (Alimentation-Nutrition).

Theil (Pierre). — *Le corps médical devant la médecine sociale,* Ed. Baillère et Fils, 1943.

Vellas (Pr. Pierre). — *Plan d'Investissements et de Développement Economique et Social de la Martinique,* 1962-1966.

Wagner (E. G.) et Lanoix (J. N.). — *Evacuation des excreta dans les zones rurales et les petites agglomérations* (Monographie O.M.S., 1960).

Wolmann (Docteur). — *Rentabilité des services publics des eaux,* Chronique O.M.S., Vol. 14, nº 3, Mars 1960.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 6

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE. — Données géographiques et humaines.. 13

Données économiques 23

DEUXIÈME PARTIE. — Problèmes de l'organisation sanitaire et sociale 31

TROISIÈME PARTIE. — Critère de l'action médico-sociale a la martinique 89

CONCLUSION 159

BIBLIOGRAPHIE 161

Imp. F. BOISSEAU, Rue du Taur, 34 - TOULOUSE (France)
Dépôt légal, 2e trimestre 1962